FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

CANCER DU TUBE DIGESTIF
SAUF LE RECTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION
(Chirurgie et accouchement)

PAR

LE Dr DUPAU

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
52, RUE MADAME, ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

CANCER DU TUBE DIGESTIF SAUF LE RECTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION
(Chirurgie et accouchement)

PAR

LE Dr DUPAU

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE
A. DAVY, Successeur)
52, RUE MADAME, ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

CONCOURS D'AGRÉGATION

Chirurgie et accouchements.

MEMBRES DU JURY

Président : M. GOSSELIN.
Juges : MM. PAJOT.
TRÉLAT.
LE FORT.
GUYON.
DENUCÉ (de Bordeaux).
BOUCHACOURT (de Lyon).
LEGOUEST (de l'Académie de médecine).
Secrétaire : M. BERGER.
Secrétaire-adjoint : M. PUPIN.

CANDIDATS

CHIRURGIENS :

MM. BARABAN.
BEUDRY.
CAMPENON.
CHANDELUX.
DUBAR.
DUPAU.

MM. DURET.
ÉTIENNE.
KIRMISSON.
LAGRANGE.
NÉLATON.
PIECHAUD

MM. POLOSSON.
RHOMER.
SABATIER.
SCHWARTZ.
SECOND.

ACCOUCHEURS :

MM. BAR
POULLET.

MM. MAYGRIER.
RIBEMONT.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

CANCER DU TUBE DIGESTIF

SAUF LE RECTUM

INTRODUCTION ET DIVISION DU SUJET.

S'il existe des mémoires nombreux publiés sur l'intervention dans l'occlusion du tube digestif, quel qu'en soit le siège et la cause, malgré nos recherches, il ne nous a pas été possible de trouver un travail d'ensemble ayant trait à l'intervention chirurgicale dans les cancers de cet appareil.

Cette question, aujourd'hui à l'ordre du jour, méritait d'attirer l'attention de nos maîtres; aussi ont-ils voulu que les cas d'intervention fussent tous réunis, et qu'on pût ainsi juger de la valeur de ces opérations dont on parle tant, opérations jugées si différemment par des hommes dont la valeur scientifique ne saurait être mise en doute.

Nous puiserons les éléments de ce travail dans les mémoires publiés antérieurement; et ne pouvant apporter aucun fait personnel, nous glanerons çà et là les observations et les considérations qui ont trait au sujet qui nous est dévolu : « De l'intervention chirurgicale dans le cancer du tube digestif (sauf le rectum).

Avant toutefois d'entrer dans le cœur de notre sujet, nous prierons M. le professeur Guyon de vouloir bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour les renseignements qu'il nous a permis de puiser dans son cours et pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Nous plaçant au point de vue purement chirurgical, pouvons-nous comprendre la dénomination de tube digestif dans le sens absolu donné par les physiologistes.

Cette dénomination de tube digestif à laquelle le nom de voies digestives conviendrait peut-être mieux, nous ne devons pas la comprendre ainsi dans le chirurgical.

Le mot tube indique en effet un conduit clos de toutes parts, ouvert seulement à ses deux extrémités : si à ce tube on adapte un entonnoir, est-il permis de confondre ces deux parties dans la même dénomination, et alors qu'elles sont bien distinctes de n'en faire qu'une seule? Non, sans doute.

Cela étant admis, nous considérerons la bouche et le pharynx comme un véritable entonnoir, destiné à permettre l'introduction des aliments dans le tube digestif. Notre sujet aura alors pour limite supérieure l'orifice supérieur de l'œsophage, et pour limite intérieure celle que nous trace l'énoncé de notre thèse.

Le cancer du rectum, et celui des parties qui précèdent l'œsophage, est en outre le plus souvent accessible à des manœuvres opératoires directes, tandis que le cancer du tube digestif tel que nous le comprenons est en général peu accessible à ce mode d'intervention : Cette raison jointe à la première légitime je crois la délimitation que nous avons cru devoir imposer à notre sujet.

Dans son cours d'ouverture enfin, sur les maladies du tube digestif, M. le professeur Guyon ne nous a-t-il pas tracé cette voie, lorsqu'il a dit que ses leçons n'auraient trait qu'aux affections qui ont leur siège depuis l'ouverture de l'œsophage.

Ces diverses considérations nous autorisent à éliminer de

notre cadre le cancer les lèvres, la langue, la bouche et le pharynx, en un mot de tout ce qui est compris entre l'ouverture labiale d'une part et l'extrémité supérieure l'œsophage, d'autre part. Rappelons que cette dernière siège au niveau du bord supérieur du cartilage cricoïde.

La limite que nous avons imposée à notre sujet étant, je crois, justifiée, passons maintenant en revue tout ce qui a trait à l'intervention chirurgicale dans le cancer; 1° de l'œsophage ; 2° de l'estomac ; 3° de l'intestin grêle et du gros intestin.

Cela nous crée une division du sujet en trois parts bien distinctes, susceptibles d'être divisées à leur tour.

Avant d'intervenir en effet, le chirurgien ne doit-il pas avoir présents à son esprit tous les symptômes, qui lui permettront de diagnostiquer non seulement l'existence du cancer, mais aussi son siège? De là donc pour nous la nécessité de réunir dans un premier chapitre tous les éléments à l'aide desquels il nous sera ensuite plus facile de diagnostiquer l'existence et le siège de la lésion.

Ces données acquises, nous nous demanderons si les anciens intervenaient dans ces cas de cancer : cela nous conduira à faire l'étude historique et critique de deux modes de traitement : de la non intervention et de l'intervention chirurgicale.

Ce sera ici le lieu d'examiner les divers procédés opératoires proposés. S'ils ont été, avant d'arriver au degré de perfection qu'ils ont acquis, l'objet de si nombreuses études, c'est qu'ils trouvent leur application surtout fréquente dans les cas où le tube intestinal est le siège d'affections autres que le cancer, affections qui nécessitent le plus souvent une prompte intervention.

Dans l'intervention enfin, deux voies s'ouvriront devant nous, la méthode curative et la méthode palliative qui devront être examinées tour à tour et avec un soin particulier. La statistique seule nous permettra enfin de porter un jugement sur chacune d'elles.

Notre sujet sera ainsi divisé en trois parties :

1° De l'intervention dans le cancer de l'œsophage;
2° — dans le cancer de l'estomac;
3° — dans le cancer de l'intestin grêle et du gros intestin.

Ces quatre divisions serviront ensuite de cadre aux subdivisions suivantes :

A. Étude symptomatique destinée à nous faciliter le diagnostic de la nature et du siège de la lésion et des complications qu'elle peut présenter.

B. Étude historique et critique et description des divers procédés opératoires appartenant aux deux méthodes palliative et curative. (Choix à établir entre celle des deux qui mérite la préférence).

C. Réunion des observations que nous aurons pu recueillir et conclusions tirées de leur enseignement.

Tel est le plan qui nous a paru devoir être adopté, et qui servira de cadre aux recherches que nous avons dû faire, et que nous nous sommes efforcé de rendre complètes.

Nous terminerons enfin par une vue d'ensemble sur l'intervention chirurgicale dans les affections cancéreuses du tube digestif.

DE L'INTERVENTION DANS LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

SYMPTOMES.

Pour arriver à faire le diagnostic du cancer de l'œsophage, avant de se décider à l'intervention, il est indispensable d'avoir présents à l'esprit tous les symptômes du rétrécissement de ce conduit. Pour cela nous nous reporterons à la thèse d'agrégation de Follin (1) et aux travaux nombreux qui depuis se sont presque tous inspirés de ce travail vraiment remarquable.

Nous distinguerons dans ces symptômes, ceux du début de ceux de la période d'état. Ceux de la cachexie, n'offrant pas d'intérêt dans le cas particulier qui nous occupe, nous nous permettrons d'en négliger la description.

De là donc trois périodes bien distinctes : la première, assez obscure et difficile à connaître ; car il est très rare que dès son début cette affection préoccupe assez vivement le malade pour qu'il se décide à réclamer les soins de la médecine ou de la chirurgie.

Plus tard, lorsque les symptômes ont enfin éveillé l'attention du malade, si on l'interroge sur ce qu'il a ressenti pendant cette première période, à laquelle le nom de latente

(1) Follin, *Des rétrécissements de l'œsophage*, agrég. en chir. 1853.

paraît convenir, il répondra : que depuis longtemps déjà, il éprouve une gêne qui, d'abord inappréciable, et ne se produisant qu'à de rares intervalles quand le bol alimentaire était par trop volumineux, n'a pas tardé à se faire sentir plus fréquemment sans porter entrave toutefois à la déglutition, qu'un léger effort facilitait. Quelquefois même, ajoute-t-il, le passage du bol alimentaire provoquait une légère douleur à un point déterminé et toujours le même, mais le plus souvent il ne ressentait qu'un peu de gêne.

A cette période du début succède la période d'état.

Aux symptômes que nous venons d'énumérer et qui, par leur fréquence, par leur intensité toujours croissante, préoccupent déjà vivement le malade, ne tarderont pas à s'en joindre d'autres encore plus graves. Pour éviter les régurgitations de matières alimentaires, le malade sera obligé de mastiquer les aliments avec un soin particulier ; le rétrécissement qui est devenu de plus en plus accentué ne laissera plus bientôt passer que les matières liquides. Lorsque le rétrécissement est ancien, et qu'une dilatation s'est formée au-dessus de lui, le malade pourra conserver une certaine quantité d'aliments. Ces aliments pourront même offrir un commencement de digestion, grâce à la sécrétion des glandes de l'œsophage : alors des régurgitations de matières alimentaires teintées quelquefois de sang et de sanie purulente pourront donner le change et faire croire à des vomissements. L'examen attentif des matières rejetées lèvera toute espèce de doute à cet égard, grâce à l'aspect particulier que leur imprègne la digestion stomacale.

Lorsqu'enfin le rétrécissement siège dans la portion cervicale de l'œsophage, on pourra par la palpation constater l'existence d'une tumeur au point précis où le malade accuse de la douleur. L'engorgement des ganglions périphériques pourra aussi se manifester quelquefois même avec une assez grande intensité, quelque soit le siège de la lésion.

Tous les symptômes subjectifs pourront disparaître

au moment où la mort paraissait imminente; mais après cette disparition momentanée, ils se produiront avec une nouvelle intensité et dans un temps généralement assez court.

Les forces enfin subiront une pente rapidement décroissante; subissant les horreurs de la faim et de la soif, le malade s'amaigrira et ne sera plus bientôt que l'ombre de lui-même.

L'intelligence enfin ne résistant pas à cette dépression physique, diminuera de plus en plus et ne se manifestera que par quelques rares éclairs.

La réunion de tous ces symptômes qui sont ceux de la cachexie jointe à l'inanition ne suffisant pas toujours pour faire un diagnostic complet, on devra recourir au cathétérisme du conduit œsophagien. Il est à ce propos certaines règles dont on ne doit jamais se départir quand on pratique ce cathétérisme; si on veut se mettre à l'abri des accidents qui peuvent en résulter.

« Comme pour l'urèthre, disait M. le professeur Guyon, vous ne devez vous servir de votre main que pour percevoir les inégalités du conduit. Vous devez obéir à la direction de l'instrument et non vouloir le diriger vous-même dans une voie qui n'est pas celle qu'il veut suivre. En agissant ainsi, vous éviterez de faire une fausse route. Vous savez, ajoute-t-il, que si ces dernières ont une certaine gravité dans les affections de l'urèthre, elles en ont une autrement grande quand il s'agit de l'œsophage.

Vous devrez donc toujours vous laisser guider par la sonde œsophagienne qui, après avoir franchi l'orifice supérieur de l'œsophage, a une tendance à être déglutie, et n'exerce sur elle qu'une légère pression avec votre main.

Ces conseils doivent être présents à l'esprit de tous les opérateurs qui sont appelés à cathétériser l'œsophage; j'ai cru devoir les reproduire au début de ce travail.

Quels sont donc maintenant les caractères qui nous permettront d'indiquer la nature des rétrécissements? Sans parler des antécédents qui viennent puissamment à notre aide, il est, pa-

raît-il, une marche propre à l'espèce de rétrécissements qui nous occupe. Seule, elle permet de les distinguer. Je laisse la parole à Nélaton, qui a condensé tous ses signes dans le passage suivant : « Si le rétrécissement est dû à une dégénérescence cancéreuse, la maladie fait quelquefois des progrès très rapides ; alors aux phénomènes, pour ainsi dire mécaniques du rétrécissement, s'ajoutent des symptômes graves, hoquets fréquents, sensation de fer chaud le long de l'œsophage, douleur brûlante qui s'étend jusque dans le dos, entre les deux épaules, augmentée par la pression, par la déglutition et qui force le malade à rester dans le décubitus latéral. Ces ulcérations peuvent faire mourir le malade de fièvre hectique, ou par les accidents que détermine leur extension aux parties voisines, aux vaisseaux, au conduit aérien, au poumon, à la plèvre, dans la cavité de laquelle pénètrent quelquefois les aliments, au tissu cellulaire du cou, au médiastin, etc., (*Eléments de pathol. chir.*, 1re édit. T. III, p. 414). »

Si nous joignons à tous ces symptômes des troubles du côté de la voix, de la gêne respiratoire qui, parfois, nécessite la trachéotomie, troubles dus le plus souvent à la propagation du cancer aux organes avoisinants, nous aurons, je crois, un tableau complet des symptômes morbides qni évolueront sous nos yeux chez des sujets atteints du cancer œsophagique.

Il reste acquis d'après ce que nous venons de dire que pendant la première période, l'intervention chirurgicale est rarement mise à contribution et que ce n'est que dans la deuxième, alors que la lésion gênant la fonction de l'organe, a commencé à faire subir son action déprimante ou pour mieux dire absorbante, sur tout l'organisme, que le malade vient demander les secours de notre art.

Quelle sera alors la conduite du chirurgien ? C'est là ce qui fera l'objet du deuxième chapitre.

HISTORIQUE

Une chose, lorsque nous abordons l'historique de cette affection, nous frappe dès l'abord : c'est l'ensemble avec lequel nos anciens maîtres proscrivaient toute intervention, même la dilatation, dans le cancer de l'œsophage. Si nous nous reportons à la thèse de Follin, qui résume l'état de la question en 1853, nous y trouvons cette idée émise presque à l'état d'aphorisme : « Toutes les fois qu'on intervient dans le cancer de l'œsophage, on est plus nuisible au malade qu'on ne lui est utile. Le cathétérisme qui, dans certains cas, est indispensable pour frayer la voie aux aliments n'est pas lui-même sans danger.» Nélaton, dans l'ouvrage déjà cité, après avoir successivement passé en revue les divers modes de traitement : dilatation lente ou brusque, permanente ou temporaire ; cautérisation ; œsophagotomie et gastrotomie, — fait suivre son étude des réflexions suivantes. « L'intervention, dit-il, devrait être toujours rejetée dans les conditions contraires, c'est-à-dire quand le rétrécissement est dû à une dégénérescence organique de l'œsophage. »

C'était là des doctrines dont, à certaines reprises déjà, on avait vainement essayé de se départir ; il semble qu'aujourd'hui on veuille les oublier, car actuellement on a une tendance à intervenir dans toutes les formes de rétrécissement.

Le seul procédé d'intervention que se permettaient donc nos anciens maîtres était la dilatation. Aussi, est-ce par elle que nous devons commencer l'étude des divers procédés d'intervention chirurgicale dans le cancer.

DILATATION

Condamnée par une certain nombre d'auteurs, mais admise par le plus grand nombre, comme moyen unique de traitement, la dilatation, si on peut la faire sans trop de difficulté, pourra, pratiquée à de rares intervalles, avec des sondes glis-

sant facilement dans le rétrécissement, être d'une certaine utilité au malade. Aussi est-elle admise et prônée par Richerand, Dupuytren, Gendron, Trousseau, etc., ainsi que par nos maîtres français contemporains.

Cette dilatation sera lente ou brusque, permanente ou temporaire.

Quel que soit le mode que l'on veuille adopter, et je dois dores et déjà dire que la dilatation temporaire et lente est la seule qui paraisse convenir aux rétrécissements cancéreux, deux voies s'ouvriront au chirurgien pour introduire une sonde œsophagienne, sonde dont nous n'avons pas à indiquer les variétés : la voie nasale et la voie buccale.

A cette introduction devront présider les règles énoncées et émises par M. le professeur Guyon à propos du cathétérisme de l'œsophage, quelle que soit la voie que l'opérateur ait cru devoir adopter.

Si le choix des voies est laissé pour pratiquer ce mode de dilatation, il n'en est plus de même quand on veut recourir à la dilatation permanente; à cause de la gêne que causerait la sonde œsophagienne par son séjour dans la bouche, la voie nasale ici doit être préférée.

Dans ce cas, la sonde œsophagienne sera avantageusement remplacée par l'instrument de Switzer. Ce dernier consiste en olives de corne ou d'ivoire de calibres divers, qu'on peut laisser à demeure au niveau du rétrécissement. Ils y sont maintenus par un fil de soie, destiné après l'introduction de la tige conductrice à la remplacer pour empêcher la descente de l'olive et aussi à le retirer après que son action dilatatrice s'est suffisamment fait sentir.

Quant à la dilatation brusque, elle a été indiquée et préconisée d'abord par Fletcher, mais dans les rétrécissements d'origine non cancéreuse. L'instrument inventé par cet habile opérateur a des dimensions telles qu'il permet de franchir les rétrécissements même les plus petits.

Nous devons aussi à M. Le Fort un dilatateur brusque d'un mécanisme très ingénieux qu'il a fait construire pour dilater

un œsophage rétréci. On en trouvera la description dans son Manuel de médecine opératoire (seconde partie, p. 311).

Quel que soit l'instrument auquel on ait recours, après avoir dilaté ou déchiré le rétrécissement, on continuera la dilatation avec des sondes ordinaires. Ces sondes devront glisser dans le rétrécissement sans aucun effort. Leur action sera ainsi plus bienfaisante que si la sonde était vivement serrée par l'anneau rétréci.

Si nous passons aussi rapidement sur ces deux derniers modes de dilatation, c'est qu'il résulte de nos recherches que, dans les cas de cancer, on n'a cru devoir recourir qu'à la dilatation lente et temporaire : encore même nos maîtres, en pratiquant cette dilatation, ne se proposaient-ils, comme but, que d'apporter un léger soulagement aux malades qui réclamaient eux-mêmes ce mode d'intervention à cause des bienfaits momentanés qui en résultaient pour eux.

Pour rendre la dilatation plus douce, MM. Richet, Trélat et plus récemment M. Bouchard ont préconisé l'usage de bougies cylindro-coniques semblables à celles qu'on emploie dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Tout récemment, M. Verneuil a fait construire par M. Collin un nouveau modèle de dilatateur œsophagien sur conducteur qui paraît appelé à rendre de grands services dans les rétrécissements difficiles, c'est-à-dire étroits et tortueux (Voir Trillest, thèse de doct., Paris 1877. — Nekkach, thèse de Paris 1880).

SONDE A DEMEURE

Krishaber a communiqué au Congrès de Londres en 1881 quatre observations dans lesquelles une sonde avait séjourné dans l'œsophage pendant 305, 46, 167, et 126 jours. Le 1er, le 3e et le 4e de ses malades étaient cancéreux. La sonde, en gomme, était introduite par une des narines et servait d'abord à dilater le rétrécissement et à alimenter le malade. Plus tard, lorsque le calibre du rétrécissement le permettait, on rempla-

çait la sonde en gomme par une sonde en caoutchouc rouge plus molle, plus flexible et plus facile à supporter (*Trans. of int. med. Congress.* London, 1881, vol. II, p. 392).

La priorité de ce mode de traitement remonterait d'ailleurs à Boyer, d'après M. Lannelongue (*Bull. Soc. de chir.*, 1881, p. 220).

M. Verneuil et M. Trélat, qui ont pris la parole dans la discussion qui a suivi la lecture du rapport de M. Lannelongue sur le travail de M. Krishaber, ont approuvé cette pratique, que de nouveaux faits du même auteur ont d'ailleurs justifiée.

CAUTÉRISATION

La cautérisation ne saurait trouver son application dans le cas de rétrécissements cancéreux de l'œsophage : c'est là une opinion formellement émise dans l'ouvrage de Nélaton déjà cité et universellement acceptée par tout le monde. Nous nous dispenserons d'en décrire les procédés.

ŒSOPHAGOTOMIE

L'œsophagotomie, applicable seulement lorsque le cancer siège dans la région cervicale, ne doit pas être faite dans le cas particulier qui nous occupe, ni au-dessus, ni au niveau de la lésion. Il n'en est plus de même pour l'œsophagotomie pratiquée au-dessous, dont nous aurons à énumérer les résultats, après avoir indiqué le manuel opératoire de cette opération. Il me serait évidemment facile de renvoyer le lecteur aux ouvrages classiques où il le trouverait décrit, si je ne tenais à fournir, aussi complète que possible, l'étude de l'intervention et des procédés adoptés.

M. le professeur Le Fort, dans son Traité de médecine opératoire, après avoir indiqué les procédés de Guattani, de Eckold, procédés restés à l'état de théorie, décrit le procédé de Boyer avec les variantes apportées par Giraud, suivi dans

cette voie par Vacca Berlinghieri, et par Bégin. Les deux premiers opérateurs proposent, pour faire l'incision, de se servir d'une saillie faite par une sonde d'argent, préalablement introduite dans l'œsophage; quant à Bégin il a seulement recours aux rapports anatomiques de la région.

Cela dit, voici, reproduite textuellement, la description de l'opération, telle que nous la donne M. Le Fort, après avoir décrit l'anatomie chirurgicale de la région.

« *Procédé opératoire.* — Le malade couché sur un lit étroit, « les épaules et la poitrine médiocrement élevées, la tête légè« rement renversée en arrière et appuyée sur des oreillers, « le visage incliné à droite, le chirurgien se place au côté « gauche, et met au côté droit un aide sur lequel il puisse « compter. Il fait, aux téguments, avec un bistouri convexe, « une incision parallèle à la trachée, dans le sillon qui la « sépare du muscle sterno-mastoïdien, et dans les limites « indiquées. Il divise successivement la peau, le muscle « peaucier et les feuillets de l'aponévrose, pénètre dans l'es« pace cellulaire qui sépare la trachée de l'artère carotide; « le muscle omoploto-hyoïdien qui traverse obliquement la « plaie est écarté en dehors ou divisé sur une sonde cannelée. « Pendant cette partie de l'opération, l'aide, placé à droite, « attire à lui, au moyen de ses doigts ou de crochets mousses, « la trachée, avec ses dépendances, tandis que l'opérateur « écarte la lèvre gauche de la division, et, avec la pulpe des « doigts indicateur, médius et annulaire de la main gauche, « introduits plus profondément, recouvre et protège les « vaisseaux et les nerfs.

« De cette manière, toute l'étendue de la portion cervicale « de l'œsophage se trouve libre, découverte et à la disposi« tion du chirurgien. On le reconnaît aisément à sa position « derrière la trachée et le larynx, à sa surface arrondie et « charnue, et, s'il reste quelques doutes, à ses contractions et « à la dureté qu'il acquiert lorsqu'on fait exécuter au malade « des mouvements de déglutition. Il faut alors y plonger la

« pointe du bistouri, sur son côté gauche, parallèlement à « son axe. Une incision de 12 millimètres environ y étant « faite, il s'échappe de la mucosité par la plaie ; la membrane « muqueuse se laisse apercevoir et, avec un bistouri bou- « tonné, on agrandit cette ouverture en haut et en bas, de « manière à rendre facile l'introduction du doigt, des instru- « ments explorateurs et des tenettes. »

Nous nous servirons de ce procédé, appliqué aussi à l'extraction des corps étrangers; cela fait, nous introduirons une sonde à demeure et, saisissant les lèvres de l'œsophage, nous les suturerons avec les lèvres externes de la plaie.

Dans l'observation détaillée de M. Poinsot, de Bordeaux, que nous reproduisons *in extenso*, on trouvera la description de tous les temps de l'opération et des accidents qui peuvent entraver sa marche : cela nous dispense d'y insister plus longtemps.

Quels résultats pourrons-nous maintenant espérer de l'œsophagotomie? L'étude des observations où le chirurgien a cru devoir tenter cette opération, va, je crois, fournir la réponse à la question que nous venons de poser.

Il nous a été donné de recueillir 14 faits dont nous allons donner une analyse succincte. Cette opération, on le voit, a été rarement pratiquée.

Sur les 14 cas énumérés, il en est 4 sur lesquels il règne une certaine obscurité, obscurité qui est loin d'être en faveur de l'opération ; je veux parler du fait que Watson a donné comme tuberculeux, et que la lecture attentive de l'observation nous permet de considérer comme cancéreux (notre opinion est basée sur les caractères de l'ulcération de l'œsophage, et sur l'engorgement ganglionnaire concomitant); de celui de Monod, resté inédit, et que la mention faite dans la thèse d'agrégation de Follin nous a seule fait connaître; de celui rapporté par Taranget qui ne fait mention, ni du nom de l'opérateur, ni des circonstances consécutives à l'opération ; et enfin d'un cas de M. Studsgaardt, de Copen-

hague, que nous ne connaissons que par l'indication bibliographique qui en a été donnée par divers journaux.

Nous nous trouvons donc en présence de huit faits seulement dans lesquels une mort rapide a toujours suivi l'intervention opératoire.

1° L'observation de Billroth a trait à un malade on ne peut plus épuisé ; chez lui il existait deux perforations faisant communiquer l'œsophage avec la trachée : l'un des nerfs récurrents était englobé dans la tumeur, et il y avait entre eux une caverne grosse comme le poing au sommet du poumon droit ; aussi la mort survint-elle dans les 24 heures.

2° Quant à la malade de Poinsot, dont nous donnerons l'observation in extenso, ce chirurgien en attribue la mort à un très grand épuisement. Rien, en effet, ni dans la plaie, ni dans les viscères, ne vient fournir l'explication de cette issue fatale, qui survint 36 heures après l'opération.

3° L'opérée d'Evans mourut en état de collapsus cinq heures après l'opération. Ici encore la mort paraît être attribuée au grand affaiblissement de la malade : nous émettons cette idée sans être trop affirmatif, car l'absence de détails fournis par l'autopsie ne nous le permet pas.

4° Aucun accident immédiat n'est signalé chez la malade de Willet; ceux qui survinrent bientôt après : une eschare au sacrum et un phlegmon du coude, paraissent avoir été causés par le décubitus. Mort le 18e jour ; à l'autopsie on trouva de nombreuses fistules partant du rétrécissement et sillonnant les parties molles du cou ; il n'existait pas de cancer secondaire, bien que les viscères fussent profondément altérés ; le foie, la rate, les reins étaient très atrophiés et le cœur était graisseux.

Ces lésions suffisent à nous expliquer que la malade n'ait pu survivre plus longtemps à l'opération. L'existence d'un abcès en avant du cartilage cricoïde, abcès provoqué par des tentatives de dilatation du rétrécissement, nous paraît devoir être signalée.

Dans deux de ces cas, où la mort paraît reconnaître une autre cause que l'opération, si le chirurgien avait, avant d'opérer, étudié avec soin l'état général du malade, s'il avait fait une recherche des lésions graves que l'on a découvertes à l'autopsie, se serait-il décidé à opérer ? Telle est

la question que je me permets de poser, avant d'aborder l'étude des quatre autres cas où l'opération paraît avoir occasionné la mort.

5° Kappeler vit survenir un phlegmon au voisinage de la plaie de son opéré, qui mourut 44 heures après l'opération; à ce moment il était amaigri, mais non cachectique. L'autopsie fit découvrir des lésions qui ne dégagent pas pleinement la responsabilité du chirurgien. Les nerfs récurrents étaient envahis par le mal, il existait des noyaux secondaires dans le poumon et dans le foie, la substance corticale du rein était sclérosée.

Si le chirurgien avait eu connaissance des travaux de M. Verneuil et de ses élèves, sur la part que jouent les lésions viscérales sur les accidents consécutifs aux plaies ou blessures accidentelles, il est peu probable qu'il fût intervenu après un examen attentif des symptômes que lui aurait certainement fourni l'auscultation du poumon et la recherche des troubles morbides que devait certainement présenter une lésion rénale si avancée.

6° Le second opéré de Kappeler présente des circonstances assez complexes : le rétrécissement cancéreux s'étendant très bas, l'incision dut être faite comme précédemment au niveau de la tumeur. Cet accident opératoire fut en outre suivi d'un autre non moins grave : au lieu d'être introduite dans l'œsophage, la sonde œsophagienne pénétra dans le tissu cellulaire circonvoisin ; celui-ci, au contact de la sanie purulente qui s'écoulait de la plaie cancéreuse, ne tarda pas à s'enflammer et à provoquer une issue fatale.

A l'autopsie on ne trouva nulle part, dans les viscères, de noyaux cancéreux ; seuls les récurrents et le corps thyroïde étaient envahis par le cancer; mais on trouva l'œsophage détruit dans toute sa circonférence, le médiastin antérieur envahi par un phlegmon et du pus dans le péricarde.

7° Chez l'opéré de Weischelbaum, l'incision fut aussi faite sur le siège du retrécissement. Précédée d'oppression et de collapsus, la mort survint 48 heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva des fusées purulentes partant du foyer de la plaie, allant jusque dans le médiastin, ainsi que des abcès métastatiques dans les poumons.

8° Les résultats de l'opération de Bruns furent aussi néfastes. Cet opérateur vit son manuel opératoire entravé par une hyper-

trophie considérable du corps thyroïde qui allait jusqu'à la colonne vertébrale, et qu'il fut obligé de repousser en avant pour inciser l'œsophage. Le malade succomba aux atteintes de l'infection purulente et aux suites d'une hémorrhagie causée par l'ulcération de la jugulaire.

A ces faits, nous joindrons les deux suivants que nous trouvons dans Annandale, *Liverpool, med. chir. Journal*, juillet 1881, à la p. 14, n° 1.

9° Min. M., 42 ans, obstruction cancéreuse de la partie cervicale de l'œsophage ; cathétérisme impossible, incision sur le rétrécissement dont on fait la section, introduction de bougies par la bouche, elles franchissent facilement le rétrécissement. On apprend à la malade à les passer elle-même ; elle se nourrit par ce moyen pendant trois mois.

A ce moment elle fut prise de septicémie et mourut bientôt après d'épuisement.

10° Femme de 53 ans, cancer de la partie supérieure de l'œsophage, phénomènes d'obstruction ; depuis 4 mois la malade est faible et émaciée. Œsophagotomie au-dessous du rétrécissement : sonde œsophagienne de gros calibre mise à demeure et fixée par 2 points de suture, alimentation par ce moyen ; soulagement des symptômes urgents. Survie 10 jours, la sonde étant restée en place tout le temps sans la moindre gêne.

Quatre de ces observations viennent justifier l'ostracisme dont nous avons frappé, dès le début, l'œsophagotomie au niveau du rétrécissement. L'écoulement continuel de la sanie purulente qui émane du cancer suffirait à la contre-indiquer à cause des accidents inflammatoires dont le tissu cellulaire de la région sera fatalement le siège, imprégné qu'il sera de ce liquide éminemment septique.

Lorsqu'il pourra donc soupçonner que le cancer siège à la partie inférieure de la région cervicale, le chirurgien devra toujours s'abstenir d'intervenir par l'œsophagotomie. Les faits que nous venons d'énumérer nous permettent d'établir cette règle dont on ne devra jamais se départir.

Si, maintenant le siège du cancer est tout à fait à l'extré-

mité supérieure de l'œsophage, bien que les faits que nous avons cités ne nous permettent guère d'admettre ce mode d'intervention, à cause des menaces persistantes qui résultent fatalement des irritations exercées sur les espaces celluleux avoisinant la plaie par l'introduction de sondes nécessaires à l'alimentation du malade, nous admettrons encore que l'œsophagotomie puisse être pratiquée dans des cas où le malade offrirait une résistance vitale qui pourrait lui permettre de résister aux accidents de l'intervention. C'est dans ces cas que toutes les fonctions physiologiques devront être tour à tour l'objet des investigations de l'opérateur, car si nous nous reportons aux observations dont nous venons de donner l'analyse et aussi à celles que nous avons trouvées dans la thèse de M. Lacour (1), nous voyons qu'arrivé à la période où le chirurgien est appelé à intervenir, l'organisme est dans un état de déchéance tel qu'il n'est pas permis d'espérer qu'un succès, même temporaire, puisse couronner ses efforts. Je sais bien qu'il est dur de ne pouvoir soulager un malade, mais je crois qu'il est encore plus dur de le voir mourir des suites de l'opération que l'on a cru devoir tenter.

Bornons-nous donc à dire, en terminant, que la statistique nous autorise à combattre ce mode d'observation, puisque, 8 fois sur 14, la mort est survenue quelques heures ou peu de jours après l'opération, et que nous avons établi que, dans les trois cas, où un succès temporaire a été obtenu, il était douteux que l'on ait eu affaire à des cancéreux. Quant au 13e l'opération a pu prolonger pendant trois mois la vie de la malade. Ce fait et celui de Studsgaardt, sur lequel nous manquons malheureusement de détails, sont les seuls où la survie ait été de longue durée. Il est donc nécessaire d'avoir de nouvelles observations pour pouvoir juger favorablement cette opération.

(1) Lacour, *Étude sur le cancer de l'œsophage*, thèse de doct. Paris 1881.

Si donc l'intervention par l'œsophagotomie doit être encouragée lorsqu'on est en présence d'un corps étranger de l'œsophage, puisque alors, 20 fois sur 24, le succès est venu couronner les tentatives de l'opération, ainsi que cela résulte de la thèse de M. Terrier, soutenue en 1870 sur l'œsophagotomie externe, il est loin d'en être ainsi pour les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, où l'on a pu constater presque autant de morts que de tentatives d'intervention par l'œsophagotomie.

Répondant enfin à la question que nous nous sommes posée dans les quelques courtes considérations qui précèdent l'énumération des faits d'œsophagotomie, nous dirons, que les résultats de cette opération sont encore beaucoup plus désastreux que ceux de la gastrostomie dont nous devons faire maintenant l'étude, après avoir mis sous les yeux du lecteur l'observation de M. Poinsot, de Bordeaux, et le tableau où sont relatés les faits que nous avons pu recueillir.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage à son union avec le pharynx. Œsophagotomie externe (au-dessous du rétrécissement). Mort. Par le Dr Georges Poinsot, de Bordeaux. (Inédite).

Mme X... âgée de cinquante-cinq ans, d'une constitution sèche et robuste, commença, vers la fin de l'année 1874, à éprouver une certaine difficulté pour avaler; elle crut d'abord à un simple « mal de gorge » et s'empressa de mettre en usage quelques moyens (gargarismes, cataplasmes sur le cou) dont elle avait plusieurs fois, dans des circonstances qu'elle jugeait analogues, éprouvé d'heureux résultats. Cependant la gêne de la déglutition persista sans aucune amélioration : la malade déjà un peu étonnée de ne ressentir aucune douleur, remarqua alors qu'au contraire de ce qui lui arrivait dans ses maux de gorge antérieurs, les aliments liquides et les boissons passaient le plus facilement, tandis qu'un bol solide semblait rencontrer un obstacle ou forcer un passage étroit. Elle n'en continua pas moins à se soigner sans conseil médical, à l'aide de moyens plus ou moins empiriques. Plusieurs fois, la déglutition parut devenir plus aisée et déjà la malade s'applaudissait du résultat de son traitement, ou plutôt de ses traitements, mais bientôt les accidents reparaissaient et toujours avec un degré d'intensité un peu plus marquée.

A partir du mois de mai 1875, l'alimentation commença à devenir plus difficile : la malade pouvait bien encore avaler avec une certaine facilité les aliments de consistance liquide, mais pour les solides elle était obligée de les mastiquer longuement afin d'en opérer la trituration complète, puis il lui fallait diviser chaque bol alimentaire en plusieurs fragments qu'elle déglutissait successivement avec des efforts répétés et des contorsions qu'elle accusait de la rendre ridicule. En présence de cet état de choses, dont la gravité commençait enfin à lui apparaître, Mme X... fit appeler son médecin ordinaire, le Dr Bosc, pour tâcher d'obtenir, sinon la guérison, du moins un soulagement.

Le Dr Bosc, après avoir écouté le récit de sa cliente, comprit vite qu'il s'agissait d'autre chose que d'une lésion inflammatoire de l'arrière-gorge, et l'examen local lui permit d'acquérir la certitude que ses craintes étaient malheureusement fondées.

A cet examen, l'arrière-gorge paraissait indemne, les amygdales, le voile du palais offraient leur coloration habituelle, leur aspect normal. En introduisant le doigt dans la gorge, on pouvait reconnaître l'épiglotte saine, mais plus profondément on constatait une diminution de calibre du conduit alimentaire, qui semblait brusquement intercepté comme par un épaississement de ses parois. La palpation de la région cervicale laissait reconnaître en même temps, au niveau de l'angle de la mâchoire, une tuméfaction profonde et diffuse, faisant une égale saillie des deux côtés.

Le diagnostic s'imposait : bien évidemment, il s'agissait d'un rétrécissement de l'œsophage. Restait à déterminer de quelle nature était ce rétrécissement? La situation sociale de la malade, l'absence de tout accident antérieur (absence qui pouvait être considérée comme réellement établie, car, malgré l'interrogatoire le plus pressant, il fut impossible de recueillir aucune donnée permettant de supposer une infection ancienne), tout militait contre l'idée d'une sténose d'origine syphilitique. D'autre part l'ingestion d'aucune substance caustique ne pouvait être mise en cause et l'hypothèse d'un rétrécissement cicatriciel se trouvait ainsi écartée. En revanche celle d'une lésion organique trouvait un appui et dans l'exclusion des deux précédentes, et dans la marche de la maladie, et enfin dans les antécédents héréditaires de Mm X... dont la mère avait succombé à un cancer de l'utérus. Bien que convaincu, pour ces motifs, qu'il était en présence d'une lésion au-dessus des ressources de la thérapeutique, le Dr Bosc crut néanmoins prudent de mettre, pendant quelque temps, sa malade à l'usage de l'iodure de potassium à haute dose : en même temps il essayait de dilater progressivement la portion rétrécie à l'aide de bougies en gomme élastique d'un calibre régulièrement croissant.

Ce traitement ne donna aucun résultat favorable : même les accidents, comme cela arrive presque fatalement à la suite de l'intervention s'effectuant dans des cas de cette nature, s'aggravaient avec une grande rapidité. Vers la fin du mois de juin la malade ne pouvait plus prendre aucun aliment solide ; les liquides eux-mêmes n'étaient déglutis qu'à très petites gorgées et grâce à des précautions infinies. Si la malade, que dévorait la soif et qui se plaignait bien plus de la privation de boissons que de celle de nourriture, si la malade, emportée par ses désirs, se laissait aller à boire largement, aussitôt elle était prise de suffocation et la gorgée prise imprudemment revenait dans un effort de toux, Naturellement, vu le défaut de toute alimentation réparatrice, l'amaigrissement et la faiblesse étaient extrêmes : cependant il n'y avait point eu de rejet de matières muqueuses, et la malade n'avait jamais vomi de sang ni de pus.

Après avoir nourri plusieurs jours sa malade à l'aide de lavements de bouillon, le Dr Bosc, la voyant arrivée au dernier degré du dépérissement et torturée sans relâche par une soif qu'elle ne pouvait calmer, jugea qu'une intervention chirurgicale devait trouver son indication, et il me fit alors l'honneur de demander mon opinion à cet égard.

Quand nous arrivâmes auprès de la malade, elle était en proie à une exaltation qui approchait de la folie. D'une voix éteinte, elle suppliait les parents qui l'entouraient de mettre un terme à ses souffrances, puis elle s'interrompait pour réclamer une boisson dont l'ingestion déterminait aussitôt une crise asphyxique qui faisait craindre pour ses jours. La malade salua notre arrivée avec joie, car elle désirait ardemment l'opération dont mon confrère lui avait fait entrevoir la possibilité. Même elle sut dominer un moment ses tortures pour me permettre de l'examiner avec soin.

L'inspection de la gorge ne faisait constater aucun signe anormal, si ce n'est une coloration violacée de la paroi postérieure du pharynx. Ayant introduit le doigt, je reconnus le rétrécissement dont mon confrère m'avait signalé l'existence : il siégeait évidemment au niveau de l'union de l'œsophage et du pharynx. La sténose paraissait extrême et je ne pus, malgré des tentatives répétées, parvenir à introduire une fine bougie dans le rétrécissement.

En présence d'une lésion aussi avancée, et vu l'état général de la malade qui ne pouvait survivre longtemps en de telles souffrances, je ne cachai pas à mon confrère que je croyais opportun d'intervenir dans le plus bref délai.

Après avoir pesé et discuté les avantages et les inconvénients des opérations pratiquées pour remédier aux rétrécissements de la partie supérieure de l'œsophage, œsophagotomie interne ou externe

et gastrostomie, je me décidai pour l'œsophagotomie externe.

Plusieurs raisons me poussaient à prendre ce dernier parti, j'avais assisté récemment à une opération d'œsophagotomie externe pratiquée pour extraire un corps étranger, et malgré les hesitations du chirurgien, qui y avait recours pour la première fois, j'avais pu reconnaître que le manuel opératoire était relativement simple et n'exposait le malade à aucun des dangers sur lesquels j'avais vu certains auteurs s'étendre complaisamment. Je savais en outre, d'après un remarquable travail publié en 1870, que l'œsophagotomie externe, malgré les déplorables résultats fournis par la statistique brute, a, dans tous les cas où elle a été pratiquée, rendu au malade les services les plus importants, qu'elle a permis de le soutenir, de l'alimenter, et qu'ainsi la vie a pu être prolongée deux mois (Watson), trois mois (Monod), seize mois (Tarenge). Même alors la mort ne présentait plus ce cortège effrayant de souffrances par lequel elle s'annonçait chez notre malade.

Le Dr Bosc, auquel j'exposai les raisons qui viennent d'être mises en lumière, se rendit à mon choix. L'opération fut pratiquée le jour même, 12 juillet 1875, en présence et avec l'aide du docteur Bosc, de M. Testut, premier interne de l'hopital Saint-André, et de MM. Pousson et Lalesque, internes du même hopital.

Bien qu'une auscultation attentive ne découvrît rien d'anormal du côté de la poitrine (poumons, cœur, gros vaisseaux), bien que la respiration fût libre et aisée, je renonçai à employer l'anesthésie parce que j'avais l'intention d'essayer à nouveau de faire pénétrer un conducteur et que je jugeais, me basant sur les faits connus, que ces tentatives, loin d'être facilitées par le sommeil chloroformique, rencontrent les mêmes obstacles et s'accompagnent de dangers plus grands. D'ailleurs l'opération ne peut être dite douloureuse, et j'étais sûr de la résignation de la malade.

J'employai le procédé classique tel qu'il a été décrit par mon maître Terrier dans le travail auquel j'ai fait allusion plus haut.

La malade étant couchée, la tête légèrement renversée en arrière la face regardant vers l'épaule droite, le cou rendu plus saillant par un coussin placé sous les épaules, je fis, du côté gauche, un peu en avant du sterno-mastoïdien, une incision parallèle au bord antérieur de ce muscle. Cette incision s'étendait du bord supérieur du cartilage thyroïde jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Après avoir divisé successivement la peau, le peaussier et l'aponévrose cervicale superficielle, j'arrivai dans l'espace celluleux situé entre les muscles sous-hyoïdiens et la grande gaine vasculo-nerveuse. J'abandonnai alors le bistouri pour la sonde cannelée avec l'extrémité de laquelle je n'eus pas de peine à déchirer le tissu cellulaire. Le muscle omo-

plato-hyoïdien apparut à l'angle inférieur de la plaie et c'est à peine si j'eus besoin de le faire récliner en bas. Pendant ce temps, un de mes aides, placé en face de moi portait un peu en dedans la trachée et le larynx, ainsi que le corps thyroïde, tandis qu'avec les doigts de la main gauche je m'occupais à protéger les vaisseaux. Bientôt mon doigt introduit dans la plaie pouvait sentir la colonne vertébrale.

Avant de me mettre à la recherche de l'œsophage, trouvant avec Malgaigne, que, dans un cas aussi grave, « c'est une vanité puérile de s'en tenir aux rapports anatomiques » lorsque l'on peut faire autrement, je suspendis l'opération pour essayer d'introduire un instrument conducteur. Je me servis d'un cathéter ordinaire à très grande courbure, et, après plusieurs tentatives infructueuses, je réussis à franchir le rétrécissement. Il me suffit alors d'en faire saillir la pointe du côté gauche pour que la paroi œsophagienne vînt se présenter au fond de la plaie. Je confiai le cathéter à un de mes aides, chargé de le maintenir dans la position que je lui avais donnée; puis j'incisai l'œsophage sur le cathéter dans une petite étendue. Je fis pénétrer dans l'incision, en la dirigeant de haut en bas, une sonde cannelée en argent dont j'avais recourbé l'extrémité, puis j'agrandis l'ouverture en haut et en bas, de manière à lui donner les dimensions suffisantes pour l'introduction de la sonde œsophagienne.

J'insiste sur ce dernier point du manuel opératoire, parce que je n'y suivis pas entièrement les indications classiques. Dans l'opération dont j'avais été témoin, le chirurgien avait incisé la paroi œsophagienne directement sur le bout du cathéter; celui-ci avait passé par la plaie, et le chirurgien avait eu de grandes difficultés pour pénétrer dans le bout inférieur où se trouvait le corps étranger. En incisant sur la cannelure de l'instrument sans arriver jusqu'à son extrémité et en accrochant l'angle inférieur avec le crochet formé par la sonde cannelée, je supprimai toutes ces hésitations et je pus immédiatement introduire la sonde œsophagienne.

Aucun vaisseau n'avait été ouvert pendant l'opération.

Dès que la sonde eut été mise en place j'injectai par elle dans l'estomac une certaine quantité de bouillon, puis un peu de vin. Cette injection fut d'abord bien supportée, mais, quand j'arrivai vers la fin, il se produisit des efforts de vomissement et le liquide revint à la fois par la canule et par la plaie. Je laissai un peu reposer la malade, et, au bout d'un quart d'heure, j'injectai de nouveau une petite quantité de bouillon qui fut conservée.

Je fis alors le pansement qui consista en deux points de suture de la peau, un au-dessus, l'autre au-dessous de la sonde, qui fut laissée à demeure, et en des applications émollientes.

Je recommandai aux parents de la malade de ne lui point permettre de rien prendre par la bouche et de continuer pour la journée les lavements nutritifs. Mon confrère, le Dr Bosc, voulut bien se charger de faire lui-même les injections par la sonde.

L'opération avait été faite vers trois heures de l'après-midi. Le Dr Bosc injecta, à cinq heures, du bouillon et du vin que la malade garda parfaitement. A partir de ce moment, elle ne se plaignit plus de soif et devint plus tranquille.

La nuit fut calme, bien que la malade ne reposât pas un seul instant Dans ce laps de temps, la fille de la malade, qui était fort intelligente, renouvela trois fois, et toujours en faible proportion, les injections de liquides alimentaires.

Tout alla bien dans la journée du lendemain : les injections purent être augmentées de quantité ; la malade se déclarait très soulagée, elle montrait même un peu de gaieté. Cependant il y avait de la fièvre et la température marquait 38,7. La respiration était aisée ; pas de toux. Il n'existait aucun accident inflammatoire du côté de la plaie.

Le 14, au matin, la malade rendit, dans un vomissement, les liquides que venait de lui injecter le Dr Bosc. Une nouvelle injection, faite une demi-heure plus tard, fut également rejetée. La malade eut à la suite des efforts de vomissement qui se prolongèrent en dehors de toute tentative d'injection. En vain j'essayai de faire conserver de l'eau, du champagne frappé: l'estomac ne toléra plus rien. La fièvre était vive, la température était à 39,5. La malade ne tarda pas à être prise d'un délire agité, auquel succéda un véritable coma, et la mort arriva dans la nuit. J'insiste sur ce fait qu'à aucun moment la plaie ne présenta d'accident ni à la superficie, ni dans sa profondeur, comme le démontra l'examen *post mortem*.

L'autopsie pratiquée par le Dr Bosc fit constater une infiltration de toute la circonférence du conduit œsophagien, correspondant au cartilage cricoïde. Cette infiltration mesurait cinq centimètres de hauteur et était surtout marquée en avant. Il n'y avait d'ulcération en aucun point. Le tissu morbide présentait, à l'œil nu, l'aspect du squirrhe, et l'examen microscopique y fit reconnaître les éléments (cellules et stroma) du carcinome fibro-alvéolaire.

L'estomac était très petit, réticulé. Les poumons, le foie et le cœur étaient sains.

La plaie de l'œsophage mesurait quatre centimètres; sur le trajet de la sonde existait de l'infiltration plastique; la muqueuse environnante était rouge et tuméfiée.

Voilà donc un nouveau cas que les adversaires de l'œsophagotomie externe s'empresseront de mettre au passif de cette opération ;

mais une lecture attentive de l'observation qui précède suffira pour convaincre tout esprit non prévenu que l'opération ne saurait à aucun titre être rendue responsable du résultat fatal. L'œsophagotomie est faite alors que la situation de la malade était désespérée ; elle procure une amélioration momentanée, mais cet estomac, qui depuis longtemps ne recevait plus d'aliments et qui, dès l'instant de l'oppération, s'est révolté contre la fatigue qu'on lui impose, refuse bientôt les liquides alimentaires qu'on introduit dans sa cavité. Il arrive ce que l'on observe chez les individus soumis à une privation prolongée d'aliments et qui meurent incapables de tolérer une alimentation quelconque. La malade, ne pouvant plus se nourrir, retombe dans l'état antérieur à l'opération; la fièvre trouve un nouvel aliment dans le traumatisme chirurgical, la faiblesse s'en augmente et le coma vient terminer la scène.

Peut-être le maintien à demeure de la sonde œsophagienne, peut-il être incriminé; peut-être l'estomac a-t-il été fatigué par la présence de ce corps étranger, et son intolérance des liquides injectés a-t-elle pu reconnaître en partie cette cause. La chose semble assez probable, et, dans une circonstance analogue, je n'hésiterai pas à remplacer promptement la sonde par une canule d'argent, comme le conseille Willet, de Londres.

Mais, je le répète, l'opération en elle-même n'est pour rien dans la terminaison. Ni perte de sang pendant l'intervention, ni inflammation consécutive, rien ne peut être invoqué pour expliquer la mort de la malade. Le seul regret que doive avoir le chirurgien c'est de n'avoir pu intervenir à une époque moins avancée. Je tiens à ce que le fait soit nettement établi, car, ainsi que l'a démontré M. le Dr Terrier par une sage critique des observations publiées avant son mémoire, l'histoire de l'œsophagotomie externe présente cette particularité étrange qu'appliquée aux rétrécissements, elle a presque toujours été suivie de mort, sans que jamais cette mort fatale ait pu être attribuée à l'opération même.

Les tableaux des observations d'œsophagotomie externe pour cancer ont été dressés de la manière suivante :

1° Indication bibliographique.
2° Sexe et âge du malade.
3° Durée du mal.
4° Siège du mal.
5° Siège de l'incision.
6° Accidents consécutifs à l'opération.
7° Durée de la survie.
8° Lésions viscérales trouvées à l'autopsie.
9° Remarques et causes de la mort.

Œsophagotomie externe.

	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	DURÉE.	SIÈGE DU MAL.	SIÈGE de l'incision.	ACCIDENTS consécutifs.	SURVIE.	LÉSIONS VISCÉRALES à l'autopsie.	REMARQUES et causes de la mort.
1	Billroth, Wiener med. Wochens, 1870, p. 1350	H. 44.	quelques mois.	Bord supérieur du cartillage cricoïde.	Au-dessous.	»	1 jour.	Deux communications entre l'œsophage et la trachée. Nerf récurrent pris. Caverne grosse comme le poing au sommet du poumon.	Malade épuisé. Perforation diagnostiquée avant l'opération.
2	Poinsot, inédit.	F. 55.	»	Commencement de l'œsophage.	Au-dessous.	Vomissements dès le lendemain. Fièvre, coma.	36 heures.	Pas d'inflammation de la plaie. Poumons, foie et cœur sains.	Malade épuisée au moment de l'opération.
3	Kappeler. Deuts. Zeits. fur Chir., t. VII, p. 379.	H. 65.	3 ans 1/2	18 ou 20 cent. de la bouche.	Au niveau.	Phlegmon du voisinage de la plaie.	44 heures.	Nerfs récurrents pris. Noyaux cancéreux dans les poumons et le foie. Sclérose de la substance corticale du rein.	Le malade était amaigri mais ne paraissait pas cachectique.
4	Weischelbaum, Wiener Med. Wochens, 1873, t. XXIII, p. 773, 812, 831.	H. 40	2 ans.	Au niveau du cartilage cricoïde.	Sur le rétrécissement	Oppression, collapsus. Fusées purulentes dans le médiastin.	2 jours.	Abcès métastatique dans les poumons.	Syphilis 6 ans avant l'opération.
5	Evans, Med. Times et Gaz., 1878, II, p. 137.	F. 43.	?	Tiers supérieur de l'œsophage.	?	?	50 heures	?	Mort en collapsus.
6	Kappeler, Deuts. Zeits. f. Chir., VII, p. 379.	H. 42.	8 mois.	18 cent. de l'orifice buccal, s'étend à 7 cent. au dessous.	Sur la tumeur.	Phlegmon du médiastin antérieur.	3 j. 1/2.	Œsophage détruit. Fausse route de la canule. Nerfs récurrents pris. Corps thyroïde envahi. (Péricardite purulente. Autres viscères sains.	»

Œsophagotomie externe (*suite*).

	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	DURÉE.	SIÈGE DU MAL,	SIÈGE de l'incision.	ACCIDENTS consécutifs.	SURVIE.	LÉSIONS VISCÉRALES à l'autopsie.	REMARQUES et causes de la mort.
7	Bruns, Deutsche Klinik, 1859, t. IX, p. 58.	H. 38.	18 mois.	Origine de l'œsophage.	Au niveau.	Infection purulente au 3e j. Plusieurs hémorrhagies.	10 jours.	Hypertrophie en fer à cheval du corps thyroïde. Adhérences au larynx et à l'œsophage. Ulcération de la jugulaire interne. Pleurésie purulente. Abcès métastatiques, etc.	La nature cancéreuse du mal n'est pas bien nette.
8	Willet, St Bartholomew's Hosp. Rep., 1868, t. IV, p. 204.	F. 47.	11 mois.	Origine de l'œsophage.	Au-dessous.	Pas immédiat. Eschare au sacrum. Phlegmon du coude.	18 jours.	Nombreuses fistules partant du rétrécissement. Foie, rate, reins très atrophiés. Cœur graisseux. Pas de cancer secondaire.	Les tentatives de dilatation avaient provoqué un abcès en avant du cricoïde.
9	Watson, Americ. Jour. of med. Scienc., 1844, t. VIII, p. 309.	H. 24.	4 mois.	7 pouces des incisives.	Au-dessus et au niveau.	Pas.	3 mois.	Broncho-pneumonie double. Pleurésie à gauche. Perforation de la trachée. Inflammation du voisinage de la plaie. Engorgement ganglionnaire cervical.	Deux mois après l'opération, rétrécissement de la fistule, qu'on agrandit. Refroidissement. Dyspnée. — Trachéotomie ; mort six jours après.
10	Monod-Follin, Th. d'ag. en chir. 1853, p. 116.	F. ?	?	Origine de l'œsophage.	?	Pas.	3 mois.	?	»
11	Taranget, Journ., de Vandermonde, 1786, t. 68, p. 251.	F. ?	»	?	?	?	16 mois.	Engorgement ganglionnaire considérable au moment de l'opération.	»

RÉSECTION DE L'ŒSOPHAGE

L'ablation d'un cancer de l'œsophage a dû être inspirée par celle, faite depuis longtemps, des cancers du pharynx. Billroth, après avoir essayé de la pratiquer sur les animaux, n'osa pas, malgré ses succès, la transporter à l'homme. Czerny, dans un cas, rapporté malheureusement trop peu de détails, fut plus audacieux.

Chez une femme de 51 ans, atteinte de cancer annulaire de l'œsophage infranchissable aux instruments, Czerny enleva le 2 mai 1877 une portion de 6 centimètres de long de toute l'épaisseur de l'organe ; le bout inférieur de celui-ci fut ensuite fixé par la suture à la plaie du cou. La malade sortit guérie le 6 juin suivant (*Cent. für Chir.* 1877, p. 433).

Cet heureux résultat ne paraît pas avoir encouragé les chirurgiens à imiter leur confrère de Heidelberg ; car depuis, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale qu'un cas de ce genre. Il est dû à Langenbeck, mais ne fut pas inséré dans un recueil allemand. Il fut communiqué à un journal de Boston par un de ses correspondants étrangers. L'opéré mourut au bout de 18 heures. (*Boston, med. and surg. Journ.* 1878, vol. 99, p. 225).

Il est probable que cette hardiesse opératoire restera longtemps encore à l'état d'exception. La profondeur à laquelle il faut porter les instruments dans une région dangereuse par les nombreux vaisseaux et nerfs qui y rampent est bien faite pour arrêter la main du chirurgien, surtout quand on tient compte des mauvais résultats donnés par l'œsophagotomie externe chez les cancéreux.

GASTRO-STOMIE

En parlant de l'œsophagotomie externe, nous avons vu qu'elle ne pouvait être utile au malade que lorsque le cancer siégeait dans la portion cervicale et tout à fait supérieure de ce conduit.

D'autre part, en nous reportant aux observations publiées, il nous a été donné de voir que ce n'était pas le plus souvent dans cette région que l'on trouvait le cancer, et que la portion médiastine était plus souvent atteinte. L'impossibilité dans laquelle s'est trouvé le chirurgien d'arriver jusqu'à elle a fait naître l'idée de la gastrostomie ; ce qui en outre a poussé les esprits dans cette voie, c'est l'observation de faits accidentels de fistule stomacale comme celle qui s'était produite chez le Canadien de M. Elie de Beaumont et chez M. Gorée, etc.

L'observation expérimentale renouvelée en outre à plusieurs reprises avait prouvé que la survie pouvait suivre l'existence d'une bouche stomacale. Il n'en fallait pas davantage pour pousser les esprits vers une opération pouvant être d'une utilité très grande aux sujets atteints de rétrecissement œsophagien, alors que, arrivés à une période où l'alimentation était devenue impossible, ils sont fatalement destinés à mourir de faim. Aussi assistons-nous à une véritable éclosion de travaux qui presque tous émanent de pays différents, à peu près à la même époque. M. Petit, dans son *Traité de la Gastrostomie* que la Société de Chirurgie a récompensé par le prix Laborie en 1877, nous a donné une étude aussi complète que possible de l'historique des phases diverses par lesquelles a passé cette opération avant d'arriver au degré de perfection qu'elle a atteint grâce aux dernières règles qu'a pu donner M. le professeur Verneuil. Nous allons puiser *larga manu* dans ce travail et tâcher d'en donner un résumé fidèle.

HISTORIQUE

M. Sedillot avait cru pouvoir établir, d'après une citation d'Hévin, que la gastrostomie était une opération déjà ancienne. M. Petit ayant démontré l'inexactitude de cette citation, il nous paraît acquis que si Hévin et les anciens connaissaient très bien la gastrotomie, ils n'avaient en revanche aucune notion de la gastrostomie.

Son histoire est donc de date récente, et peut être divisée en trois périodes :

A la 1re période, à laquelle correspondent les travaux de Egeberg en 1837 (Norwège), de Petel, 1843 (France), de Watson, 1844 (Amérique), Blondlot, 1841 (France), travaux basés sur des expériences chez les animaux, succède une deuxième période de tâtonnements, où les insuccès opératoires sont presque aussi nombreux que les tentatives d'intervention. Sédillot, le premier, pratique l'opération de la gastrostomie (1849); mais le succès ne couronne que la 29e tentative opératoire, faite par Sydney Jones en 1875.

Ces tentatives opératoires hardies, faites le plus souvent au moment où le malade était près de succomber à la soif, à la faim et aux atteintes du mal, inspirèrent des travaux nombreux, parmi lesquels les plus importants sont ceux de Watson, de Follin qui, dans sa thèse déjà citée, analyse les idées de Monneret, de Fleury, et met hors de doute la possibilité de l'opération ; de Fenger qui, après avoir envisagé les divers points qu'il discute à fond : (Comment sera supporté le contact de l'air par l'estomac ? (Comment sera nourri le malade après l'ingestion alimentaire ? L'affection subira-t-elle un moment d'arrêt ? Cet arrêt sera-t-il assez long pour légitimer l'opération ?) conclut à la possibilité de l'opération et à sa compatibilité avec la survie. Il ne tarde pas à l'exécuter après s'être posé les questions suivantes : 1° Où doit-on inciser et comment doit-on inciser ? 2° Sur quelle étendue doit porter l'incision qui doit mener à la recherche et à l'ouverture de l'estomac ? 3° Où et quand doit-on en faire l'ouverture ? 4° Enfin que doit-on faire après l'opération ? (1853.)

On doit encore citer Cooper Forster, 1858, Sydney Jones, le professeur Gross, de Philadelphie, Nussbaumm, 1865, Curling, le Dr Gallard, qui se prononce pour la gastrotomie, John Lowe, 1871, dont les remarques très pratiques sur la gastrotomie ont été publiées dans *The Lancet*, et tant d'autres qui ont émis des opinions favorables ou défavorables à la gastrostomie, et que je ne puis tous nommer.

Nous ferons toutefois une exception pour M. Jouon, de Nantes, qui eut le mérite d'employer un procédé analogue à

celui sur lequel nous nous réservons d'insister, nous rappellerons enfin que Streubel, au début de cette période, et que Gendron protestèrent énergiquement contre la gastrostomie, se basant, le premier sur la curabilité possible des rétrécissements par la dilatation et la cautérisation ; le deuxième sur ces faits que l'opération n'empêche pas l'aphagie, et qu'on ne peut conclure de l'animal à l'homme.

Le terrain était donc préparé : M. Verneuil, en 1876, met à contribution ces divers travaux et formule les règles précises de la gastrostomie : on ne marche plus à tâtons, on a des règles précises, et la 3e période de la gastrostomie commence.

Quelles sont maintenant les règles qui doivent nous diriger dans cette opération ? Les voici telles que les a formulées M. le professeur Verneuil (*Bull. Acad. de méd.*, 1876, p. 1025) :

1° Emploi de la méthode antiseptique, d'après les préceptes de Lister.

2° Plaie petite (5 centim.) faite au lieu d'élection fixé par M. Labbé. Ce point, pour ainsi dire mathématique, siège à un centimètre en dedans des fausses côtes gauches. C'est donc là qu'il faudra faire, parallèlement à ces dernières, une incision de 4 centimètres dont l'extrémité inférieure devra tomber sur une ligne transversale passant par les cartilages des deux neuvièmes côt es

3° Hémostase des vaisseaux aussitôt après leur section.

4° Suture solide et difinitive de l'estomac à la plaie pariétale avant l'ouverture du viscère.

5° Introduction dans l'estomac et fixation d'une sonde en caoutchouc rouge et flexible.

6° Alimentation immédiate.

7° Pansement antiseptique.

8° Immobilisation de la paroi abdominale à l'aine d'une couche épaisse de collodion.

Ces règles formulées en 1876, ont été l'objet de certaines modifications : M. Lanelongue, de Bordeaux, en les suivant, tomba sur le grand épiploon ; il fait donc observer que pour faire la gastrostomie la limite assignée par M. Labbé à la

grande courbure de l'estomac, doit être reportée plus haut. Dans les cas de rétrécissement, l'estomac ratatiné, revenu sur lui-même est très souvent remonté plus haut dans l'abdomen; il ne faut pas, dit-il, que l'incision dépasse en bas le 8e cartilage costal. Il signale, en outre, comme accident opératoire, le sphacèle qui peut suivre la pression exercée sur la surface de la section par les pinces appliquées pour empêcher l'hémorrhagie qui, dans certain cas, survient à cause de la congestion intense de la paroi stomacale. Pour arrêter l'hémorrhagie, parfois assez abondante, lorsque le sujet sera par trop débilité, on devra recourir, comme le fit M. Le Dentu, à d'autres moyens, tels que l'hémostase par l'amadou pa exemple.

M. Lanelongue, enfin, après avoir constaté chez son malade la déchirure de l'estomac par les fils d'argent qui fixaient ses parois à la paroi de la sonde, introduite préalablement à 8 centimètres de profondeur dans l'organe précité, propose de les remplacer par des bandelettes collodionnées entourant la sonde et appliquées sur le paroi abdominale.

Voici maintenant le procédé opératoire tel que nous le trouvons dans l'ouvrage de M. Petit, p. 99.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Procédé opératoire. — Le procédé opératoire qu'il va décrire est exactement celui de M. Verneuil.

Avant l'opération suivant les préceptes de la méthode antiseptique, les instruments, les éponges, les doigts des opérateurs et des aides devront être soumis à l'action de la solution phéniquée à 2 0/0. Tant que dure l'opération, un jet de vapeur est projeté sur le champ opératoire.

Le malade étant chloroformisé, on fait une incision de 5 centimètres de bas en haut à partir d'une ligne fictive qui réunirait le bord inférieur des 2 huitièmes et des neuvièmes côtes, suivant les cas, comme nous l'avons indiqué précédemment, à un centimètre et demi ou deux du rebord des fausses côtes et parallèlement à ce rebord.

On divise à petits coups afin de n'ouvrir qu'un vaisseau à la fois, de pouvoir le saisir immédiatement avec une pince, et de ne perdre que le moins de sang possible ; on lie aussitôt ce vaisseau avec le catgut phéniqué que l'on coupe au ras de la plaie.

Dès qu'on est arrivé sur le péritoine, après avoir successivement divisé tout ce qui le sépare de la peau, on ne se décide à en faire l'ouverture, qu'autant que l'hémostase est complète.

On fait alors bâiller la plaie avec deux écarteurs ou deux crochets mousses ; on saisit le péritoine avec une pince à griffes vers le milieu de la plaie, et on y fait une ponction ; on incise ensuite la membrane dans toute son étendue sur une sonde cannelée introduite par cette ouverture.

Si par hasard, ce qui n'est que l'exception, au lieu de tomber sur l'estomac l'opérateur tombait sur le grand épiploon, en attirant l'épiploon vers le bas, avec une pince ou un instrument mousse, le doigt, ou une sonde de femme préalablement lavés dans une solution phéniquée, on verrait bientôt l'estomac arriver au contact de la plaie.

On le saisit alors avec des pinces à mors assez larges et à griffes : on l'attire au dehors de la plaie, de telle sorte que sa hernie la ferme exactement.

Pour empêcher le retrait de la portion ainsi herniée, on traverse sa base, parallèlement à la paroi abdominale, avec deux longues aguilles à acupuncture, qui, reposant sur la surface cutanée dans une grande étendue, maintiennent la hernie stomacale au dehors pendant toute la durée de l'opération.

On procède alors à la fixation de l'estomac à la plaie tégumentaire à l'aide du chasse-fil armé d'une aiguille courbée à angle droit et de fils d'argent. On place autour de la plaie une série de points de suture distants l'un de l'autre de cinq à six millimètres environ. « L'aiguille, dit M. Verneuil, pénétrant dans la peau à huit millimètres en moyenne des bords

de l'incision, traversa toute l'épaisseur de la paroi, puis le péritoine, puis deux fois les tuniques stomacales. Pour être sûr de très bien comprendre la séreuse dans chaque point de suture, j'avais eu soin (et je recommande cette petite précaution) de saisir à l'avance tout le pourtour de la boutonnière créée dans le péritoine avec une série de pinces hémostatiques qui, couchées sur la surface extérieure de l'abdomen, ne gênaient en rien la manœuvre.

« Toutes ces anses métalliques passées sont introduites dans les trous d'un bouton de chemise comme pour la fistule vésico-vaginale. On les fixe ensuite à l'aide d'un coulant de plomb que l'on écrase, dès que la suture paraît assez serrée, avec un davier ordinaire. On peut encore faire simplement la torsion des fils d'argent. La suture terminée, on enlève les aiguilles à acupuncture et on ouvre l'estomac sur le point culminant de la bosselure herniée dans l'étendue d'un centimètre ».

Nous avons, en faisant l'historique, indiqué déjà les divers accidents qui pouvaient se produire au moment de l'ouverture de l'estomac, nous nous bornerons à dire maintenant que l'opération sera tout à fait terminée lorsque l'opérateur aura introduit une grosse sonde en caoutchouc dans l'intérieur de l'estomac. Pour la fixer nous avons déjà vu que deux procédés avaient été indiqués.

Quant aux sutures on pourra les laisser tomber d'elles-mêmes où les enlever le douzième jour.

Des compresses de tarlatane phéniquée, appliquées autour de la plaie, des plumasseaux de charpie fine également imbibée, une feuille de ouate et une feuille de taffetas, le tout maintenu par un bandage de corps, constituent tout le pansement.

Avant d'en finir avec le manuel opératoire, nous devons ajouter que M. Berger considère que ce dernier n'a pas été suffisamment précisé même dans le traité de M. L.-H. Petit.

« Quelques recherches préliminaires, écrit-il dans le bulletin de la Société de chirurgie, année 1883, p. 226, faites à

l'École pratique sur des sujets émaciés à ventre [fortement retracté, ont été confirmées par les constatations que j'ai pu faire au cours même de l'opération.

La meilleure incision me paraît être celle qu'ont préconisée MM. Labbé et Verneuil, parallèle au cartilage de la huitième côte à 2 centimètres au-dessous d'elle : cette région est celle qui correspond à celle où l'estomac est le plus facilement accessible. Plus haut on serait gêné par le foie, plus bas l'estomac retracté serait trop éloigné du bord des fausses côtes; et des tractions seraient nécessaires pour le maintenir au contact de la paroi abdominale.

Cette raison néanmoins offre un double inconvénient : le premier, peu considérable, est que pour atteindre l'estomac, il faut même en ce point relever le bord antérieur du foie, ce qui se fait sans difficulté; le second, plus grave, tient à ce qu'en ce point on atteint la face antérieure de l'estomac auprès de son extrémité pylorique, ce qui pourrait être un obstable sérieux à l'alimentation.

Il importe d'indiquer nettement les plans que l'on rencontre en divisant la paroi abdominale : après la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, ce sont : 1° le feuillet antérieur de la gaine du muscle droit de l'abdomen ; 2° le faisceau externe de ce muscle ; 3° le feuillet postérieur de sa gaine fort adhérent au muscle transverse, dont on connaît les fibres à direction transversale ; 4° l'aponévrose du transverse unie au péritoine. Des vaisseaux assez nombreux dépendant des systèmes d'anastomoses de l'épigastrique et de la mamaire interne se voient dans la gaine du muscle droit, surtout en arrière de ce muscle. Quelques vaisseaux peuvent aussi se rencontrer dans la gaine du muscle transverse.

La recherche de l'estomac mérite également que l'on s'y arrête. Dès que le péritoine a été ouvert, ce viscère s'est détaché de la paroi abdominale, et s'est retiré dans les profondeurs de l'hypochondre gauche. En faisant bâiller les bords de la plaie, on voit le foie ; en refoulant en haut le bord anté-

térieur du foie, on découvre l'estomac, qui présente une coloration blanchâtre, bien différente de celle des autres orgagnes; le doigt qui explore sa consistance la trouve beaucoup plus ferme que celle des anses intestinales; mais, comme l'estomac est revenu sur lui-même par le fait de l'inanition; comme la partie qui en est accessible se rapproche de la région pylorique, au lieu de la forme classique qu'on lui décrit, elle se présente sous forme d'un canal allongé, d'un calibre à peine supérieur à celui de l'intestin. Voici les caractères qui permettront de le reconnaître sans hésitation.

1° Attiré dans la plaie, il a une épaisseur de paroi, une consistance charnue, telles qu'aucun intestin n'en offre de semblables; cette considération suffirait à elle seule pour établir sa nature.

2° Sa surface d'un blanc rosé ne présente ni bosselures, ni tractus de fibres longitudinales comme le gros intestin.

3° Les vaisseaux qui l'abordent sont très volumineux et ils présentent la disposition bien connue et facile à constater des branches des artères gastro-épiploïques et des veines qui les accompagnent, disposition toute différente de la répartition en arcades des vaisseaux mésentériques au niveau de l'intestin.

4° En suivant avec le doigt introduit dans le ventre la face antérieure de l'estomac vers la droite, on arrive à la vésicule biliaire; vers la gauche, on s'enfonce profondément dans l'hypochondre, et on peut remonter jusque vers la région du cardia. Vers le haut, rien ne s'interpose entre la face inférieure du foie et le viscère que l'on a saisi; enfin en bas on peut constater l'existence du grand épiploon ou même reconnaître avec le doigt la présence du côlon transverse, grâce aux matières dures qu'il renferme presque toujours. Je suis convaincu qu'en se guidant sur ces données, on ne pourra point commettre d'erreur. »

Rien à ajouter, dit-il, sur le reste du manuel opératoire que nous avons déjà indiqué. Toutefois, continue-t-il;

« J'ai adopté la suture de M. Verneuil, mais je me suis servi d'aiguilles munies de fil et de soie phéniqués; en outre, sur le conseil de M. Périer, j'ai fait une suture spéciale pour la muqueuse gastrique que j'ai renversée au dehors de l'incision pour faire une sorte de bandage de l'ouverture artificielle ».

Des soins consécutifs devront être de la part d'un chirurgien l'objet d'une vigilance extrême s'il veut assurer le succès de son opération. Il devra donc veiller à ce qu'aucune complication ne survienne et lorsque, malgré ses efforts, il se trouvera en présence d'une de celles qui sont consécutives à toutes les plaies et qui n'offrent aucune particularité dans le cas présent, il devra les combattre avec tous les moyens que fournit notre arsenal thérapeutique.

Quant à l'alimentation, il faut se rappeler l'état du sujet, qui réclame que rien ne soit négligé pour qu'on l'assure réconfortante et en même temps le moins fatigante possible pour l'estomac.

Ne semblerait-il pas que le mode d'alimentation le plus apte à réparer les forces du malade serait celui qui consisterait à lui faire mastiquer les aliments destinés à sa nutrition pour les introduire ensuite dans l'estomac, comme le faisait un malade, dont nous avons relaté l'observation. On éviterait ainsi la réplétion trop rapide de l'estomac qui profiterait du commencement d'élaboration digestive, résultant de la mastication. C'est là un point des soins consécutifs à l'opération sur lesquels je me permets d'attirer l'attention, car, l'opération terminée, on doit s'occuper d'alimenter le malade et de lui permettre ainsi de réparer ses forces. Les aliments facilement digestibles, si on n'adopte pas le procédé que nous avons indiqué, qui nous paraît devoir l'emporter sur tous les autres, tels que le lait, le jus de viande, le bouillon et le vin, seront introduits dans l'estomac, après avoir été soumis à une température de 36 à 38 degrés et, petit à petit, pour éviter la révolte de ce viscère.

Si l'alimentation par la mastication préalable n'était adopté, ne pourrait-on pas pour la faciliter, recourir à un tube dont

l'orifice supérieur, en forme d'entonnoir, viendrait s'adapter exactement à la bouche, tandis que l'inférieur se jetterait dans la canule stomacale. Après avoir mastiqué les aliments, et fait disparaître cette sensation qu'il accuse, sensation qui lui fait dire qu'il a faim en haut, alors même qu'il a la sensation de la plénitude de son estomac, le malade, au lieu de déglutir le bol alimentaire, l'enverrait directement dans le tube de communication, puis par une forte insufflation qu'il dirigerait sur les aliments introduits dans le tube, il les ferait arriver dans l'estomac. Il paraît d'ailleurs que Trendelenburg a déjà mis cette idée en pratique.

Si je me suis permis d'insister ainsi, c'est qu'il me paraît qu'en l'adoptant, on remplit toutes les conditions indispensables à une bonne alimentation, en même temps qu'on fait disparaître cette sensation de la *faim en haut*, qu'accusent le plus grand nombre des malades atteints de cancer de l'œsophage.

OBSERVATIONS

Il nous reste maintenant à donner l'analyse sommaire des faits de gastrostomie que nous avons pu recueillir chez des cancéreux.

Les voici, classés d'après la survie, tels qu'a bien voulu nous les communiquer M. Petit.

1° Survie quelques heures. Perforation de la trachée par le cancer, pneumonie double. (Rose, Corresp. B. f. schweizer Ærzte, 1874. n° 17.

2° Survie 16 heures. Perforation de la trachée par le cancer. Le malade était âgé de 70 ans. (Durham, Guy's hosp. Rep., 3e série, t. 46, p. 195.)

3° 20 heures. Broncho-pneumonie double. (Bryant, the Lancet, 7 juillet 1877, vol. II, p. 9.

4° 20 heures. Bonne réaction après l'opération ; mais la malade s'affaissa peu à peu avec les signes d'une pneumonie. Le poumon gauche était partout adhérent à la plèvre et présentait des cavernes bronchiectasiques. (Skliffassowski, Med. Westnik, 1879, nos 21, 23, 24, et London med. Record, 15 janvier 1881, p. 21.

5° 20 heures. Mort d'épuisement. Pas de détails de l'autopsie (Heath., cité par Morell Mackensie, Med. Times and Gaz., 5 août 1877, vol. II, p. 137.

6° 21 h. 1/2. Altération du foie et du pneumo-gastrique. C'est sur ce malade que M. Sédillot pratiqua sa première opération. Aussi présenta-t-elle quelques imperfections qui furent en partie causes du résultat. Par exemple la canule qui fixait l'estomac à la paroi abdominale remplissait mal son but, car elle fut attirée dans l'abdomen par l'estomac et elle y resta jusqu'à la mort. (Gaz. méd. de Strasbourg, 1849, p. 385.)

7° 24 heures. Il n'existait pas d'altération des viscères ; mais l'épuisement était extrême. Le malade tomba dans le collapsus peu de temps après l'opération. (Hjort, Norsk. Mag. for Legevidsk, 3e série, t. IV, p. 204, 1874.)

8° 24 heures. M. Th. Anger a récemment pratiqué la gastrostomie sur un sujet atteint de cancer de l'extrémité supérieure de l'œsophage, alcoolique et présentant un ictère léger, de la raucité de la voix et de la toux au moment de l'opération. Bien que non épuisé, le sujet mourut d'asphyxie le jour suivant. A l'autopsie, on trouva une cirrhose hypertrophique du foie qu'on avait reconnue pendant l'opération, cet organe recouvrant l'estomac ; un abcès rétro-pharyngien, un rétrécissement cancéreux, siégeant au-dessous du cartilage cricoïde, peu étendu, mais englobant un des nerfs récurrents, et une bronchite généralisée. Toutes ces lésions suffisent amplement à expliquer la mort rapide, bien qu'il n'y eût ni généralisation du cancer dans les viscères, ni péritonite. (Comm. orale.)

9° 30 heures environ. Le pancréas était envahi par le cancer, et le malade, arrivé au dernier terme du marasme, mourut subitement. (Mason, the Lancet, 1873, t. I. p. 131.)

10° 31 heures. La malade était tellement amaigrie que son poids était réduit à 23 kilog ; elle était phthisique et perdit une assez grande quantité de sang pendant l'opération ; en outre elle avait eu autrefois une péritonite ; la gastrostomie réveilla l'inflammation ancienne qui reparut et accéléra l'issue fatale. (Tay, the Lancet 9 octobre 1875, p. 527.)

11° 31 heures. L'affaiblissement du sujet était si grand qu'on n'osa chloroformer celui-ci. A l'autopsie on trouva les poumons emphysémateux, la bronche droite sur le point d'être perforée par le cancer, le cœur gras, et les artères athéromateuses. (Curling, London Hosp. Reports, 1866, t. III, p. 218.)

12° 36 heures. Pas d'examen des viscères. La mort est attribuée à l'épuisement. (Morell Mackenzie. Med. Times and Gaz., 5 août 1876, p. 137.)

13° 36 heures. Cancer du pharynx et du larynx pour lequel on

avait fait la trachéotomie 5 mois auparavant ; affection chronique de l'utérus ; il y eut une forte hémorrhagie pendant l'opération et la malade mourut d'épuisement (Sydney Jones, 1e oper. Trans. of the path. Soc. of London, 1860, t. IX, p. 101.)

14° 44 heures. La malade présentait à l'autopsie une perforation de la trachée par le cancer œsophagien et une pneumonie tuberculeuse double. (Cooper Forster, Guy's Hosp. Rep., 1858, 3e série, t. IV. p. 1 et 13.)

15° 44 heures. Dégénérescence cancéreuse des ganglions cervicaux et bronchiques, emphysème pulmonaire, perforation de la trachée et noyau cancéreux dans le foie. (Courvoisier, Corresp. Bl. f. Scheweizer Aerzte, 15 déc. 1877, p. 698.)

16° 45 heures. Pleurésie double avec abcès pulmonaire gangréneux. (Mac Cormac, Trans. of the clinical Society of London 1872, vol. V, p. 242.)

17° 47 heures. On n'a pas de détails sur l'état des viscères. Mort attribuée à l'épuisement. (Van Thaden. in thèse de Scharffenberg, Kiel, 1867)

18° 58 heures. Sujet alcoolique, foie gras, tubercules au sommet des poumons. (Fenger, Virchow's Archiv, 1854, t. VI, p. 350.)

16° 60 heures. Cœur gras et hydropéricarde ; aussi y eut-il menace de syncope pendant la chloroformisation, qu'on fut obligé de suspendre ; il y eut de plus une hémorrhagie assez forte pendant l'opération. Il faut encore noter un foyer purulent trouvé à l'autopsie dans le corps thyroïde. (Lowe, the Lancet, 22 juillet 1871, t. II, p. 119.)

20° 3e jour. On n'examina pas les viscères ; on dit seulement que le malade est mort de cachexie. (Troup, Edinburgh Med. Journ., 1872, t. XXII, p. 36.)

21° 4e jour. On n'a pas non plus de détails sur les organes de ce malade ; mais on dit qu'il était cachectique et qu'il toussait depuis longtemps. Au 3e jour survint une péritonite légère. (Fox. Medic. Press and Circ., 10 fév. 1869, p. 130.)

22° 4e jour. Mort de collapsus au 4e jour, sphacèle des bords de la plaie dans l'étendue de 2 pouces. Péritonite limitée. Broncho pneumonie catarrhale entée sur une ancienne bronchite avec ectasie bronchique. (2e opér de Rose. Corresp. Bl. f. schweizer Aerzte, 1er février 1879, n° 3, p. 77.)

23° 5e jour. Noyaux cancéreux dans les ganglions du médiastin, les deux poumons, les parois de l'estomac et les ganglions mésentériques. Les points de la plèvre en rapport avec les noyaux cancéreux étaient enflammés. (Mac Carthy, the Lancet, 5 avril 1879, p. 475.)

24° 5e jour. Sujet alcoolique, cirrhose du foie, le péricarde était

envahi par le cancer œsophagien, le malade toussait avant l'opération ; l'issue fatale fut amenée par une péritonite généralisée survenue au 4e jour. (Callender, the Lancet, 15 avril 1877, p. 531.)

25° 6e jour. Perforation de la trachée ; toux violente et continue à laquelle on peut attribuer la péritonite qui survint au 5e jour (Legros Clark, Trans. of, the Clinical Soc. of London, vol. V, p. 244.)

26° 6e jour. Pneumonie diagnostiquée avant l'opération ; celle-ci fut pratiquée contre l'avis du chirurgien et sur les instances répétées du malade. A l'autopsie on trouve une pleuro-pneumonie à droite et une perforation de l'œsophage communiquant avec un abcès du poumon. (Otto Riesel, Deutsche Med. Woschens, 4 et 11 mai 1878.)

27° 8e jour. Le malade avait des tubercules pulmonaires et une pleurésie ; les deux pneumogastriques étaient englobés par le cancer ; il y avait une toux violente à laquelle on attribua la péritonite qui survint au 5e jour. (Smith, Trans. of. the clinical Soc. of London, vol. V, 1872, p. 236.)

28° 8 jours. Un peu de fièvre au 5e jour. Mort d'épuisement. A 'autopsie on trouva le foie hypertrophié, présentant des noyaux secondaires dans son parenchyme, et de la périhépatite. Les poumons adhéraient au cancer œsophagien. (Milner Moore, The Lancet, 20 sept. 1879, p. 425.)

29° 9 jours. Les forces se relevèrent après l'opération, puis l'estomac rejeta les aliments. La malade toussait beaucoup. Au 8e jour affaiblissement progressif. Mort. Pas de péritonite, pas de détails sur les viscères. (Littlewood, the Lancet, 27 septembre 1879, t. II, p. 466.)

3°. 10 jours. Hypertrophie du corps thyroïde, du foie et de la rate ; au poumon droit, exsudats et adhérences à la base, engouement et tubercules anciens au sommet. L'œsophage était le siège de deux rétrécissements entre lesquels se trouvait une vaste poche ulcérée, remplie de détritus organiques et de matières alimentaires, source d'infection pour le malade. Une sorte d'ulcération pultacée de mauvaise nature partie de la plaie ouvrit le péritoine, dont l'inflammation enleva l'opéré. (2e observation de M. Sédillot, Gaz. méd. de Strasbourg., 1853, p. 69.)

31° 10 jours. Il s'agit d'une malade qui, atteinte de cancer du sein, avait subi plusieurs opérations pour récidives soit dans la cicatrice ou dans son voisinage, soit dans les ganglions axillaires. Les diverses opérations avaient presque toutes été suivies d'érysipèle. Après la gastrostomie survint également un érysipèle de la paroi abdominale qui devint phlegmoneux et emporta l'opérée. Pas d'examen des viscères (Jacobi, New-York med. Jour., 1874, t. XX, p. 142)

Dupaux.

32° 12 jours. Le malade eut une légère péritonite au niveau du pylore, mais on trouva des traces d'une inflammation ancienne dans cette région ; d'ailleurs le cancer de l'œsophage avait pénétré dans les cavités droite et gauche de la plèvre, et avait occasionné une gangrène pulmonaire à droite, et une pleurésie gangréneuse avec pneumothorax à gauche ; il y avait des noyaux secondaires dans le foie et les ganglions rétro-péritonéaux. (3e observation de M. Trendelenburg. Petit, Traité de la Gastro-stomie, p. 269.)

33° 12 jours. Une pneumonie double survint au 6e jour ; à l'autopsie on trouva en outre un noyau cancéreux dans le rein gauche, (Sydney Jones, 2e observ., the Lancet, 15 déc. 1866, t. II, p. 665.)

34° 12 jours. A l'autopsie, on trouva des noyaux cancéreux dans les ganglions du médiastin et dans les poumons. (Langton, Brit. med. Journ., 2 et 15 mars 1879, t. Ier, p. 310 et 395.)

35° 14 jours. Ici il n'existait pas d'altération viscérale mais une anémie générale des organes. La mort est attribuée à une paralysie intestinale avec constipation opiniâtre que rien ne put vaincre, (Kuster, Funf Jahre im Augusta Hospital. Berlin, 1877, p. 114.)

36° 17 jours. Ni fièvre, ni péritonite après l'opération. Grande faiblesse pendant deux jours. Jusqu'au douzième jour les forces se relèvent, mais au dix-septième la malade s'affaiblit, et la mort survient en quelques heures par syncope cardiaque et sans phénomène fébrile. Pas de détails sur l'état des viscères. (Huetere Deutsch, med. Wochensch. 1879, p. 640.)

37° L'opéré de M. Lanelongue, de Bordeaux, mourut d'une affection pulmonaire. Il ne présenta aucun accident après l'opération. Quoique très épuisé, il fut néanmoins opéré, dès qu'on fut persuadé que rien ne pouvait désormais franchir le rétrécissement œsophagien. Malheureusement celui-ci était causé par un cancer qui perfora la bronche gauche, permit aux aliments de pénétrer dans l'arbre respiratoire et détermina la mort par asphyxie. On trouva à l'autopsie les poumons congestionnés, mais les autres viscères étaient sains. Deux ganglions bronchiques seulement avaient subi la dégénérescence cancéreuse. (Petit, traité de la gastrostomie, p. 238.)

38° 40 jours. Le troisième malade de Sydney Jones est le premier qu'on puisse considérer comme guéri. Mort d'une affection pulmonaire, reconnaissant la même cause que dans le fait précédent. Après 40 jours de survie, il ne présenta à l'autopsie aucune trace de généralisation viscérale.

39° 6 mois 1/2. Le fait de M. le Dr Studsgaard, de Copenhague, est un bel exemple de la résistance des malades aux opérations même multiples lorsqu'ils n'ont pas de lésions viscérales.

Une première pharyngotomie sus-hyoïdienne précédée de la tra-

chéotomie chez un sujet atteint de cancer du pharynx, fut suivie d'une guérison momentanée qui permit d'enlever la canule. Le mal ayant récidivé, on pratiqua la gastrostomie vingt-deux jours seulement après le début de la dysphagie, sept semaines après la pharyngotomie, et on put permettre au malade de réparer ses forces grâce à l'alimentation. Malheureusement la tumeur, se développant toujours d'arrière en avant, finit par comprimer la trachée, ce qui nécessita deux mois et demi après une nouvelle trachéotomie qui permit une survie de trois mois. Le malade survécut donc 6 mois à la gastrostomie. A l'autopsie on ne trouva que des ganglions cancéreux situés au voisinage du cancer; le poumon seul était envahi par le cancer dans un point très limité.

40° 3 mois. Le malade de Schœnborn, qui était simplement épuisé par la diathèse cancéreuse, survécut trois mois à l'opération. A l'autopsie on ne trouva nulle part trace de généralisation secondaire. (Arch. f. klin. Chir., t. XXII, p. 500.)

41° Elias présenta à la Société für Vaterland Kultur de Schleswig un gastrostomisé pour un cancer de l'œsophage qui, guéri de sa plaie 10 jours après l'opération, put se lever chez lui, les forces revenaient bien, et au moment de la publication tout faisait présager que la guérison persisterait longtemps encore. (Deutsche med. Wochens., 19 Juin 1380 p. 329.)

42° Les progrès du mal furent la cause de la mort de l'opéré d'Escher, qui survint quatre mois et trois jours après l'opération. Siégeant au cardia lors de l'opération, on trouva seulement à l'autopsie que le cancer avait envahi la grosse tubérosité de l'estomac et le lobe gauche du foie. Il avait occasionné dans les derniers jours de la vie du malade des hémorrhagies par l'estomac et l'œsophage. (Centralbl. f. Chir., 25 janvier 1880, n° 39, p. 625.)

Les résultats fournis depuis par la statistique intégrale du professeur Albert, de Vienne, résultats sur lesquels on ne peut s'appuyer toutefois qu'avec réserve pour établir une opinion définitive, sont bien meilleurs que ceux que nous donnent le statistiques qui s'appuient sur les faits antérieurs. Sur 8 cancéreux opérés, cinq ont survécu respectivement 2 mois, 2 1/2 mois, 3 mois, 4 mois, et plus de 5 1/2 mois. La statistique totale donnée par le Dr Maydl est de 72 cancéreux opérés, dont 13 seulement peuvent être considérés comme guéris. Si nous comparons ces cas avec ceux qui ont été opérés pour des rétrécissements non cancéreux, nous voyons que sur 18 opérés 7 ont guéri de l'opération. (Maydl, Ueber

Gastrostomie, *Wiener med. Blatter*, 1882, n° 15 à 19, 21 à 23.)

Un travail tout récent de Leisrink et Alsberg, basé sur 106 observations, donne les résultats suivants : La gastrostomie, pratiquée 85 fois sur des cancéreux, a donné 65 morts (avant le 20e jour) et 20 guérisons (survie 25 jours et au-delà) ; chez les non cancéreux elle a été pratiquée 21 fois, avec 11 morts et 10 guérisons. (*Arch. f. Klin. Chir.* 1883, vol. XXVIII. p. 750).

Ces résultats indiquent évidemment une survie actuelle plus grande dans les opérations de gastrostomie chez des cancéreux, due probablement à ce qu'on opère plus tôt les malades qui se trouvent ainsi dans les meilleurs conditions pour résister aux causes de mort ; mais cette survie est évidemment beaucoup moindre que celle que l'on observe chez les opérés non cancéreux.

Nous terminerons enfin cette énumération déjà bien longue par la reproduction in extenso des deux faits suivants : l'un emprunté à Lücke, l'autre à M. Berger.

Carcinome de l'œsophage. Gastrostomie. Mort trois jours après. Lésions viscérales multiples. (Lucke, Med. Times and Gazette, 14 août 1880, p. 187.)

J. S., 65 ans, entra à l'hôpital le 5 juillet 1880. Dysphagie et amaigrissement depuis 6 mois ; bonne santé antérieure ; pas d'antécédents de cancer dans la famille. La dysphagie augmenta peu à peu, et le malade ne pouvait avaler que des liquides ; tout essai d'alimentation avec des substances solides provoquait des vomissements; l'examen des matières démontra l'existence d'un cancer épithélial. Au cou, au niveau du cartilage cricoïde, il y avait une tuméfaction latérale, sensible au toucher. Le malade est d'une complexion délicate, considérablement émacié et faible ; il tousse et crache beaucoup. Le cathétérisme accuse un obstacle au niveau de la fourchette sternale, à 7 pouces des lèvres. Un examen attentif de la poitrine dénote de la matité à la base des deux poumons et quelques râles muqueux. L'impossibilité de prendre des aliments solides et la perte rapide des forces décidèrent à pratiquer la gastrostomie.

Opération le 9 juillet. — Le malade fut chloroformé et Kussmaul reconnut par la percussion les limites de l'estomac, et le contour de l'organe fut tracé sur la peau avec la teinture d'iode. Lücke fit

alors une incision oblique de trois pouces et demi de long, en bas et en dehors suivant les cartilages costaux du côté gauche, et parallèle à la partie supérieure du muscle grand droit. La peau et le tissu sous-cutané étant divisés, et les aponévroses des muscles abdominaux et le fascia transversalis incisés avec soin sur une sonde, le bord externe du muscle droit fut mis à nu et tiré en dedans avec un écarteur: le péritoine fut facilement atteint et sa cavité ouverte; les bords de la séreuse furent suturés à la peau. Lücke introduisit ensuite le doigt dans l'abdomen, rencontra le grand épiploon qu'il repousa en bas, et l'estomac se présenta dans la plaie. Le viscère fut alors fixé aux bords de l'incision externe au moyen de sutures en catgut, mais sa cavité ne fut pas ouverte. Pas d'hémorrhagie pendant l'opération, qui fut pratiquée avec toutes les précautions de la méthode antiseptique.

10. — Le malade a passé une bonne nuit. Température du matin 36,6. — Soir 36,0. Pouls 100, respiration facile, pas de douleur; mais la toux est encore fréquente et l'expectoration abondante. La plaie a bon aspect; adhérences entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral. Thé de bœuf et œufs en lavements. Lücke ouvre l'estomac, y met un tube en caoutchouc qui est maintenu en place par une bande faisant le tour du corps, et fermé par une pince à ressort. Vers le soir le malade accusa une légère douleur abdominale, et fut alimenté par le tube avec une mixture de thé de bœuf, d'eau-de-vie et d'œufs.

Nuit assez mauvaise; toux très fatigante; douleur abdominale plus vive; abdomen tuméfié, tympanique et très sensible; respiration laborieuse et rapide. Température du matin 37°3, du soir 37°4, pouls 102; respiration, 36; injection alimentaire toutes les trois heures; on lui prescrivit de mâcher quelques morceaux de viande, qu'on introduisait ensuite dans l'estomac avec de la pancréatine, il paraît mieux dans la soirée. Peu de sommeil dans la nuit.

Le 12. Douleur plus vive, dyspnée plus intense; les veines jugulaires externes sont distendues, les conjonctives injectées, la face cyanosée. Peau froide et moite, pouls 120; température du matin 37°4, du soir 37°6. Abdomen très distendu et tympanique. Toux très fatigante, crachats fétides. La plaie paraît un peu rouge, mais va bien d'ailleurs. Vers le soir le malade va de plus en plus mal; mort à 10 heures.

Autopsie (13 heures après la mort). — Corps amaigri, peau très pâle. Les adhérences entre l'estomac et la plaie sont rompues et on peut introduire une sonde dans le péritoine. Péritonite généralisée; grande quantité de pus dans le petit bassin. Foie sain, mais le lobe gauche est très rétracté. Estomac affaissé, contenant un peu de liquide et quelques parcelles alimentaires; muqueuse ardoisée,

parsemée de taches d'un rouge foncé. Les bords de la plaie stomacale sont rouges et épaissis ; suffusion considérable de lymphe sur la surface péritonéale. Duodénum très tuméfié et rouge.

Reins granuleux et très durs. En ouvrant le thorax, on trouve le péricarde adhérent aux deux poumons. Les valvules du cœur et l'organe lui-même sont sains, mais l'aorte est très athéromateuse.

Pleurésie ancienne des deux côtés; poumons œdémateux et atteints d'inflammation catarrhale ; pleurésie récente à droite. Ganglions bronchiques hypertrorphiés, durs, agglutinés ensemble, ulcération à la face postérieure de la trachée, au niveau de la première vertèbre dorsale, communiquant avec l'œsophage, de la face antérieure duquel partait une masse ulcérée, irrégulière, du volume d'une grosse noix, et faisant partie d'un anneau cancéreux qui faisait saillie dans l'œsophage et en obstruait le calibre.

Petit enchondrome partant de la face antérieure du corps de la cinquième vertèbre dorsale.

Les autres organes étaient sains.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Gastrostomie. — Mort. Perforation de la trachée. (Berger, Bull. Soc. de chir., 1883.)

Le nommé Fougellas (Claude), âgé de 45 ans déménageur, entre le 23 janvier 1883, dans le service de M. Bernutz, suppléé par M. Barth, salle St-Louis n° 25.

Antécédents, une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans sans complications. Pas de syphilis, le malade est alcoolique et accuse des tremblements de mains, des cauchemars, des pituites le matin.

Commémoratifs.—Fougellas présente une dysphagie qui remonte à 3 mois et 1/2. Le début en a été spontané ; il n'a pas avalé de corps étranger; pas d'ingestion de liquide caustique. A l'origine, la déglutition de quelques parcelles alimentaires exigeait l'ingestion de quelques gorgées de liquide. La dysphagie a augmenté progressivement malgré les efforts réitérés du malade, le soin de la mastication et la supression de l'alimentation par les aliments solides.

Etat actuel. Le malade ne peut déglutir que les aliments liquides. Au moment du troisième temps de la déglutition il accuse une sensation de brûlure à gauche du sternum, à peu près à la hauteur du cardia.

Pas de vomissements. Régurgitation et expectoration spumeuse, toutes les deux ou trois heures. Jamais il n'a rendu le moindre filet de sang par la bouche.

Tendance à la constipation, pas de colique ni de météorisme.

Emaciation progressive remontant au début des accidents, mais pas de cachexie.

Au cœur, on ne trouve pas de souffle, le deuxième bruit aortique est fortement claqué, artères moyennement athéromateuses.

Pas de troubles encéphaliques.

Depuis trois mois, raucité de la voix ; le malade ne tousse plus. A l'auscultation les poumons paraissent sains, cependant un peu de rudesse à l'expiration existe au sommet gauche. Il y a de l'oppression sous l'influence des efforts ou après la déglutition d'une certaine quantité d'aliments ; quelquefois le malade est obligé de suspendre son repas pour le reprendre ensuite ; cette opression n'a pas augmenté dans ces derniers temps.

Pas de signe de tumeur médiastine, pupilles égales et également contractiles.

Les deux artères radiales battent en même temps.

Pas de souffle ni de thril vibratoire à l'auscultation.

Pas de ganglions appréciables à la racine du cou.

Le foie paraît normal et ne déborde pas les fausses côtes, la rate n'est pas sensible à la percussion.

Les urines ont l'aspect habituel et une réaction normale ; ni albumine ni sucre.

L'urohématine est couleur rose de Provins.

Examen de l'œsophage. — Auscultation : On entend à peine un peu de gargouillement à la partie latérale gauche du cou.

Cathétérisme. Plusieurs tentatives ne permettent pas de dépasser un obstacle très dur, distant des incisives de 25 centimètres. Rejet de mucosités claires, l'olive n'est pas teintée de sang.

Le malade passe en chirurgie le 12 février.

Les tentatives de M. Berger également infructueuses lui permettent d'établir le siège du rétrécissement à la partie supérieure de la région dorsale. La dernière avait été faite sous le chloroforme et d'après la pratique de M. Verneuil.

L'impossibilité dans laquelle on se trouvait d'alimenter le malade, sa résistance encore considérable, qui cependant diminuait de jour en jour, nécessitaient l'intervention par la gastrostomie qui fut faite le 16 février, avec l'assistance de MM. Périer et Terrier.

Suivent ensuite les détails de l'opération et des soins consécutifs qui furent donnés au malade. Celui-ci mourut dix-neuf heures après l'opération.

A l'autopsie, pas de péritonite. L'estomac revenu sur lui-même n'a que deux travers de doigt de largeur.

Pas de généralisation du cancer. C'est là un des points importants de l'observation, que nous avons cru devoir relever.

Cette communication fut suivie des réflexions que nous avons déjà citées à propos du manuel opératoire, et d'une

discussion à la quelle prirent part MM. Verneuil et Marc Sée; ce dernier donna une analyse très sommaire de la statistique du Dr Maydl dont nous avons déjà fait mention.

M. Berger en outre se demanda quelle pouvait être la cause de la mort de son malade. Ce n'était, disait-il, ni le collapsus, ni le choc traumatique, ni la peritonite ; ce n'était pas non plus l'inanition, ni la généralisation du cancer aux viscères. Qui faut-il donc accuser de cet insuccès ? et n'a-t-on pas le droit de croire que la gastrostomie seule a été cause de la mort ?

A cela M. Verneuil lui répond que l'habileté de l'opérateur ne pouvant pas être mise en doute, il a le droit de se demander pourquoi, tandis que dans les cas ordinaires la gastrostomie est aujourd'hui souvent suivie de succès, dans les cas de cancer l'issue est presque toujours fatale aux sujets operés.

Quant à ceux-là mêmes qui paraissent avoir profité de l'opération, n'auraient-ils pas vécu plus longtemps encore si le traumatisme n'était venu donner une pousée à l'envahissement cancéreux ? Telle est la question qu'il se pose.

La lecture de l'observation nous a montré que le malade de M. Berger présentait à son entrée à l'hôpital tous les signes d'un alcoolisme très avancé. Or ne semble-t-il pas, surtout si on se reporte aux travaux qui démontrent l'influence nefaste que joue cette funeste passion sur la marche ordinaire des plaies, qu'il serait permis de ne pas la croire tout à fait indemne dans le cas présent? C'est là la seule réflexion que j'ose me permettre d'émettre à mon tour.

Résultats fournis. — Nous voyons en revenant sur ces faits que la mort est survenue après l'opération : neuf fois de vingt à trente heures, huit fois de trente à cinquante, et trois fois enfin avant la fin du troisième jour.

Dans les observations qui suivent la survie est un peu plus longue, elle évolue d'abord entre quatre et huit jours dix fois; puis entre dix et douze jours quatre fois.

Dans les deux dernières enfin nous trouvons que la malade

a survécu à l'opération une fois 14 jours, et une autre fois, 18 jours, et une dernière fois 40 jours, et 6 fois enfin entre 40 jours et 6 mois.

Déduction. — On le voit donc, bien que la statistique que nous venons d'établir ne porte pas un grand ombrage à celle de l'œsophagotomie, elle nous permet cependant d'établir que la gastrostomie doit mériter notre préférence. Elle entraîne d'abord moins d'accidents inflammatoires. La sonde restant à demeure rend plus facile aussi l'introduction des aliments dans l'estomac. Quant à l'ulcération, n'étant plus exposée au contact, irritant des aliments ou de la sonde qui sert à les introduire, elle suivra dès lors une marche bien moins rapide et pourra contribuer d'autant à assurer la survie. Toutes ces raisons nous autorisent, je crois, aujourd'hui que la gastrostomie est une opération que l'application de règles fixes rend presque facile, à oser la tenter lorsque le malade réclame à cors et à cris qu'on le débarrasse de la soif et de la faim qui le dévorent.

Un fait nous a frappé en faisant l'étude de ces observations, c'est que cette opération faisait disparaître, dans tous les cas, la faim, la soif et les vomissements qui tourmentaient ces pauvres malades. Or, dût-on n'assurer que quelques jours de répit à leurs affreuses tortures, si l'on n'a plus aucun moyen de les faire disparaître, on doit je crois intervenir par la gastrostomie.

Un autre fait mérite aussi d'attirer l'attention, c'est que sur les six cas de guérison obtenus, et une statistique déjà signalée nous en indique un plus grand nombre, il n'existait pas de trace de généralisation de la diathèse cancéreuse, ni aucune autre lesion viscérale.

Il a une importance assez grande pour que nous ayons cru devoir le faire ressortir.

La question de la gastrostomie a soulevé encore d'autres problèmes, que les faits ne sont pas encore venus résoudre.

Les partisans de cette opération disent, peut-être avec rai-

son que si jusqu'à présent, elle ne compte guère que des revers, on le doit à ce que l'organisme était par trop débilité, ou qu'il existait d'autres lésions nombreuses qui seules suffiraient à expliquer la mort des malades sur lesquels on avait cru devoir intervenir. On sait, en effet, qu'un traumatisme même léger donne une acuité très grande aux symptômes de certaines affections chroniques ou diathésiques ; c'est là ce qui résulte des travaux de M. Verneuil et de ses élèves.

Mais dans le cas présent, lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer de l'œsophage, le malade atteint ne subit-il pas le traumatisme constant qu'occasionne le passage du bol alimentaire ou le passage d'une sonde, et ne semblerait-il pas qu'un traumatisme même un peu grave devrait être préféré à cette succession journalière de blessures minimes? C'est là un point qu'il ne nous est pas permis d'élucider avec les observations que nous connaissons. Lorsqu'on est intervenu, il n'était plus temps pour ainsi dire, et les malades paraissaient voués à une mort prochaine. Presque toujours lorsque la mort est survenue quelques heures seulement après l'opération, on a trouvé à l'autopsie d'autres lésions graves et nombreuses, tandis que, lorsque le malade a survécu plusieurs jours on n'a pas trouvé de généralisation du cancer, ni d'autres phénomènes morbides.

Atteint de cancer de l'œsophage, le malade est fatalement voué à une mort précédée de toutes les tortures de la faim et de la soif, c'est là un fait indéniable. Le chirurgien doit-il donc attendre la dernière période pour intervenir? Doit-il attendre que le malade ait été brisé par ces tortures atroces qui mènent rapidement à la cachexie et à la mort? Enfin ne devrait-il pas proposer l'intervention par la gastrostomie, dès qu'il a pu constater l'existence du cancer. Cette idée m'a été suggérée par les réflexions que M. le professeur Trélat émettait naguère dans une de ses leçons cliniques sur le cancer de la langue.

« Si, disait-il, l'intervention chirurgicale appliquée à cette affection ne compte pas plus de succès, c'est

que l'on opère toujours trop tard, alors que la lésion s'est propagée aux tissus avoisinants ; c'est que l'on croit, avec un traitement médical, toujours pouvoir entraver sa marche, et que l'on ne se décide à faire l'opération que lorsqu'il est trop tard pour pouvoir espérer de réussir. Lorsque l'intervention, ajoute-t-il, n'a pas été trop tardive, n'a-t-on pas obtenu des succès? La réponse nous est fournie par la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie sur cette importante question. De cette discussion, il résulte en effet, que si plusieurs cas de guérison ont pu être observés, c'est toujours dans des cas où la diathèse n'avait pas encore eu le temps d'étendre ses racines.»

Ces réflexions, si elles ne peuvent être appliquées complètement au fait particulier qui nous occupe, puisqu'on ne peut ici enlever la partie cancéreuse, ne peuvent-elles pas nous permettre d'espérer, alors que l'organisme n'est pas encore trop débilité, qu'il offre encore une réelle résistance, ne peuvent-elles pas permettre d'espérer que l'opération empêchera l'extension de la lésion et les accidents qui peuvent en résulter, en évitant les irritations répétées qui résultent du passage du bol alimentaire sur le siège du mal, ainsi que les régurgitations ou les efforts de vomissements qui sont une des conditions presque forcées de cette redoutable maladie?

Je sais bien que l'on m'objectera que le malade n'accepterait cette intervention que s'il connaissait bien l'avenir de souffrances qui lui est réservé, et la terminaison fatale qui sera le couronnement de l'œuvre destructive du cancer. Peut-on donc, dès le début de l'affection, lorsque le malade croit encore pouvoir guérir, l'éclairer sur la marche que suivra certainement l'envahissement progressif de l'œsophage par le cancer? Peut-on dérouler devant ses yeux tout le cortège des souffrances qui lui sont réservées? Et brisant ainsi toutes ses illusions par cette certitude de sa fin prochaine, empoisonner les quelques jours qui lui restent à vivre? Doit-on enfin l'exposer à l'infirmité qui résultera pour lui de l'existence de sa bouche stomacale?

Toutes ces considérations ne nous empêcheraient pas d'intervenir par la gastrostomie, si nous avions la certitude de prolonger la vie du malade; car nous savons que par la gastrostomie on fait disparaître la faim, la soif et les vomissements, ainsi que l'établissent les observations que nous venons de publier. Or, existe-t-il un spectacle plus pénible pour le chirurgien que de voir des malheureux souffrir de telles tortures que parfois, ils réclament la mort sans pouvoir leur apporter aucun soulagement? C'est cependant dans des cas de cette nature seulement, en présence d'un pareil tableau, que les chirurgiens sont intervenus, presque assurés de voir la mort être la conséquence de leur intervention.

Ne devrait-on pas au contraire dans tous ces cas faire comme font les chirurgiens français lorsqu'ils se trouvent en présence de cancers de la langue généralisés à tout le plancher de la bouche et du pharynx, s'abstenir d'opérer et laisser le mal responsable seul de la mort de ces individus atteints dans la source même de leur vie? Le chirurgien doit-il enfin faire une opération qu'il saura devoir toujours se terminer par la mort? et pourra-t-il espérer un autre résultat lorsqu'il opérera sur des sujets alcooliques, cardiaques, tuberculeux, cirrhotiques et brightiques; ou sur ceux chez lesquels il existe une généralisation cancéreuse des organes importants du corps humain? Les faits nous donnent ici une réponse qui nous permet de ne pas hésiter un instant pour condamner l'intervention chirurgicale appliquée à des cas de cette nature.

Résumant maintenant toute cette étude de l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'œsophage, nous voyons qu'il n'existe pas d'autre mode de traitement curatif du cancer de l'œsophage, que son ablation, faite seulement une fois ou deux en Allemagne. La résection de la portion cervicale de ce conduit sera-t-elle faite dans l'avenir plus fréquemment que dans le passé? On ne peut se prononcer sur ce point.

Quant au traitement palliatif, nous avons d'une part la dilatation, d'autre part l'œsophagotomie et la gastrostomie.

Avec la dilatation on peut, ainsi que MM. Terrier et Verneuil l'ont établi, dans des observations que nous avons trouvées dans la thèse de M. Lacour, on peut, dis-je, maintenir la perméabilité de l'œsophage, sans nuire au malade qui réclame lui-même qu'on lui accorde ce moyen de soulagement. Encore même ne devrait-on recourir à la dilatation qu'avec discrétion, si je puis m'exprimer ainsi, car Billroth et bien d'autres, considèrent ce mode de traitement comme devant entraîner presque toujours de fâcheux résultats. Ceux que donne l'œsophagotomie sont tellement désastreux que ce mode d'intervention nous paraît toujours devoir céder le pas à la gastrostomie.

C'est grâce à cette opération que l'on met le malade à l'abri des tortures de la faim et de la soif; qu'on peut éviter les irritations constantes que cause le passage du bol alimentaire sur l'ulcération cancéreuse; qu'on voit s'arrêter les efforts de vomissements; mais qu'on voit aussi la mort survenir dans les quelques heures qui la suivent.

La gastrostomie étant aujourd'hui basée sur des règles absolument fixes n'offre plus en elle-même une très grande gravité; cela est aujourd'hui acquis et les observations publiées par Schœnborn, Lanelongue, Le Dentu, Trendelenburg Alsberg, nous en fournissent une preuve certaine.

Quant à l'appliquer, malgré son peu de gravité, dans tous les cas de cancers de l'œsophage, je crois que cela ne peut pas être soutenu, et nous avons d'ailleurs cité nous-même des faits nombreux où cette intervention ne pouvait être que préjudiciable et l'a été en effet.

Je crois donc que le chirurgien doit faire une sélection des cas opérables, et opérer dès qu'il le peut, ainsi que le conseillent Billroth et plusieurs auteurs anglais et allemands.

En agissant ainsi, j'ai la conviction que les insuccès opératoires deviendront de moins en moins nombreux, et cette opération qui peut éviter aux malades toutes les tortures de la soif et de la faim, prendra peut-être un rang prépondérant dans le traitement palliatif du rétrécissement cancéreux

de l'œsophage comme elle l'a pris déjà dans le traitement du rétrécissement cicatriciel.

N'opérer enfin que lorsqu'une chance de succès, quelque petite qu'elle soit, peut faire présager un résultat heureux, telle est la ligne de conduite qui nous paraît devoir être suivie dans les cas où le chirurgien étant complètement désarmé, sait qu'il ne peut autrement soulager ses malades.

CONCLUSIONS.

Nous avons vu que, s'il n'existe pas de procédés opératoires encore vulgaires pour tenter la cure radicale du cancer de l'œsophage, il n'en est plus de même pour ceux qui ont pour but sa cure palliative.

De l'analyse que nous en avons donnée, sur laquelle nous ne saurions revenir sans nous exposer à des redites, il résulte que le mode de traitement le plus inoffensif, celui d'ailleurs généralement adopté par les chirurgiens français, est la dilatation de l'œsophage. Cette dilatation n'empêche pas toutefois l'irritation permanente qu'exerce le bol alimentaire sur le siège de la lésion. Ce traumatisme pourrait être évité par l'œsophagotomie ou la gastrostomie. Nous avons vu que les résultats obtenus par l'œsophagotomie externe étaient on ne peut plus désastreux, tandis que ceux que permet d'obtenir la gastrostotomie sont parfois favorables et semblent aller dans une progression toujours croissante, depuis surtout que les chirurgiens interviennent quand il en est encore temps. Il est en effet certaines circonstances, où, quelque bonne envie qu'ait le chirurgien de soulager un malade, il est de son devoir de s'abstenir et de laisser au mal la responsabilité qui seule lui incombe. Il se mettra ainsi à l'abri des imputations que suggère le plus souvent un insuccès immédiatement consécutif à l'opération (1).

(1) Voir pour l'œsophagotomie interne dans le cencer de l'œsophage, l'*appendice* à la fin de la thèse.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LE CANCER DE L'ESTOMAC

SYMPTOMES

Lorsqu'on consulte d'une part les ouvrages de clinique et de pathologie médicale, et, d'autre part, lorsqu'on se reporte aux observations de cancer de l'estomac qui ont été publiées, on est frappé de voir que trois affections ont des symptômes à peu près identiques; je veux parler de la gastrite chronique, de l'ulcère simple de l'estomac et du cancer de cet organe. Dans ces trois affections, nous trouvons au début un phénomène constant, la douleur, qui, presque continue, présente des moments d'exacerbation après l'ingestion alimenet, pendant la nuit, est assez vive parfois, pour empêcher le sommeil.

Cette douleur, qui a son siège précis au niveau de la pointe du sternum, et au point rachidien correspondant, est toujours augmentée lorsqu'au point rachidien ou xyphoïdien on exerce une légère pression. Elle est calmée par le vomissement. Les digestions sont laborieuses : le malade accuse des renvois acides qui se produisent quelques heures après le repas, de l'anorexie et de la constipation. En même temps que ces symptômes, il peut se produire un phénomène qu'on trouve presque constamment : c'est une dilatation de la région épigastrique.

Cette dilatation, quelquefois permanente, survient surtout

après le repas, et le malade traduit fidèlement sa pensée en disant qu'après avoir mangé, ses vêtement deviennent petits. Si nous joignons à ces phénomènes un état de dépérissement croissant, une pâleur très grande, une diminution considérable des forces, nous aurons un tableau exact de l'ensemble symptomatique qui peut marquer le début, non seulement du cancer, mais des trois affections précitées, qu'il est, comme on le voit, bien difficile de diagnostiquer entre elles.

Si ces symptômes peuvent seuls, dans le plus grand nombre de cas, faire présumer l'existence d'un cancer de l'estomac, il n'en est pas toujours ainsi ; à eux viennent se joindre des vomissements de matières liquides, légèrement acides d'abord, et plus tard, alimentaires. Ces vomissements ne surviennent guère que lorsque la digestion stomacale a été terminée, et caractérisent le plus souvent le cancer pylorique ; c'est alors deux à trois heures après le repas ou quelquefois plus longtemps encore, qu'on les voit se produire. Ici je dois dire que ce dernier symptôme peut n'être constaté qu'après l'ingestion de certains aliments ; l'estomac a, si j'ose parler ainsi, ses préférences ; il tolère les uns, les laisse passer et rejette au contraire les autres.

Ce symptôme n'appartient pas encore en propre au cancer de l'estomac ; toutefois, lorsqu'il affecte la forme que nous avons indiquée, lorsqu'il devient persistant, lorsque des hématèmèses et des selles noires marc de café viennent encore compliquer le tableau, on a de grandes probabilités pour affirmer l'existence du cancer. Tous les doutes sont enfin levés lorsqu'on peut constater une tumeur dans la région de l'estomac.

Quels sont les caractères qu'affectera cette tumeur ? Apparente quelquefois à l'œil nu pour ainsi dire, on sera d'autres fois obligé de faire de nombreuses recherches pour la découvrir, pour la localiser, pour établir si elle a des adhérences superficielles ou profondes. Toutes ces données, nous le verrons plus tard, ont une réelle importance. Dans cette

terrible affection, la maladie ne rétrocède pas; si parfois elle fait une halte, pendant laquelle l'organisme semble pouvoir se ravitailler, on ne tarde pas à perdre tout espoir. L'organisme, atteint dans son principe vital, a beau essayer de lutter, il est fatalement destiné à succomber aux atteintes du mal qui le ronge.

Un symptôme enfin, lorqu'il se produit, permet d'affirmer à n'en pas douter l'existence du cancer. Ce symptôme indiqué par Trousseau, qui devait plus tard succomber aux atteintes de cette terrible affection, c'est celui qu'il a dénommé la *phlegmatia alba dolens*. A lui seul, dans des cas où, sauf le dépérissement progressif, la pâleur et la disparition des forces, le cortège symptomatique du cancer faisait presque entièrement défaut, il a pu permettre à cet éminent clinicien de faire le diagnostic du cancer, diagnostic que l'avenir n'a jamais démenti.

Tels sont les symptômes qui, avec la teinte jaune-paille de la peau, permettront d'affirmer l'existence du cancer.

Ce cancer a-t-il maintenant des adhérences ? S'est-il généralisé aux parties avoisinantes ? Telles sont les questions que nous devons nous poser dans le cas particulier qui nous occupe.

Et d'abord, a-t-il des adhérences ? Dans certaines observations on a signalé une mobilité de la tumeur, mobilité absolue qui permettait de la déplacer, comme dans les observations XII, XIII, XXI, publiées dans la thèse de M. Kahn; et cependant cette tumeur présentait des adhérences aux parties avoisinantes.

La mobilité n'est donc pas un signe certain de ces adhérences. Elle ne peut donc permettre de les diagnostiquer. Il semblerait aussi qu'une tumeur petite puisse être plutôt dépourvue d'adhérences qu'une tumeur plus volumineuse. Et cependant, quand nous nous reportons aux observations publiées, nous voyons que les dernières sont isolées parfois alors que les premières présentent des adhérences ou superficielles ou profondes. Ces adhérences peuvent se faire

avec l'épiploon, la paroi abdominale et l'intestin grêle, avec le pancréas et le côlon, avec la veine cave et l'aorte, la vésicule biliaire et le foie. J'ai eu beau chercher dans tous les mémoires publiés, je n'ai pu leur découvrir aucun signe certain. Les seuls qui puissent être invoqués pour établir la probabilité de l'isolement ou du non-isolement de la tumeur, sont sa mobilité, sa petitesse et sa jeunesse relative, et nous avons vu que ces symptômes sont très souvent infidèles Ce sera donc vers la découverte des signes propres à assurer ce diagnostic que devront tendre à l'avenir les efforts de tous ceux qui, voulant intervenir chirurgicalement dans les cas de cancer du pylore, savent que la cause la plus constante de leurs insuccès opératoires réside dans l'existence de ces adhérences, souvent assez étendues pour que le chirurgien ait dû renoncer à continuer une opération commencée. Nous ne devons pas oublier en effet que le nombre des cancers non adhérents est encore assez grand, ainsi que cela résulte de la statistique de Rydygier qui, sur 27 cas en a compté 15 où les cancers présentaient des adhérences , et 12 où la tumeur était isolée et localisée à l'estomac; et de celle de Gussenbauer et Winiwarter (1) qui, sur 903 cas de cancer observés et analysés à l'Institut de Vienne, ont pu en relever 542 localisés au pylore, dont 370 avec adhérences, et 172 sans adhérences ; et enfin, du tableau relevé par M. Guyon dans les bulletins de la Société anatomique et que nous reproduirons.

Le cancer s'est-il propagé aux organes avoisinants ? C'est là la 2e question que nous devons essayer de résoudre. Dans ces cas de propagation, les deux organes le plus souvent atteints sont le pancréas et le foie. Nous devrons donc par la palpation et par la percussion rechercher s'il existe une augmentation de volume de chacun d'eux. Si cela est aisé pour le foie, nous ne devons pas ignorer que grandes sont les difficultés qui entourent ces recherches pour le pancréas. Comment palper profondément une région où la moindre pres-

(1) Langenbeck. Arch. für klin. Chir., 1876, vol. XIX, p. 347.

sion occasionne parfois des douleurs très vives, alors surtout que le cancer de l'estomac s'accompagne presque toujours d'une contracture des muscles grands droits de l'abdomen? et peut-on par la percussion limiter le pancréas? Il me paraît acquis que toutes les recherches qui peuvent être faites dans ce sens auront fort peu de chances d'aboutir à cause de la situation profonde de cette annexe du tube digestif. Il n'en est plus de même pour le foie : celui-ci est accessible à la palpitation, et peut être mesuré par la percussion. Si donc par la palpation on constate des bosselures de son lobe gauche, si en outre la percussion nous permet d'établir son augmentation de volume, la propagation cancéreuse ne saura être mise en doute.

Pour terminer enfin ce qui a trait à la symptomatologie de cette redoutable affection, nous voyons qu'il résulte des observations recueillies et publiées que, dans un grand nombre de cas, la maladie a pu être méconnue ; car il n'existe d'autre signe certain du cancer que l'existence de la tumeur, et on a pu voir que cette dernière n'a été constatée que rarement.

Nous avons vu que le diagnostic de l'isolement ou du non-isolement de la tumeur était impossible dans l'état actuel de la science. La propagation du cancer aux organes avoisinants est mieux démontrée dans certains cas ; mais nous savons que s'il existe des signes qui permettent d'en établir la propagation au foie, signes qui peuvent parfois même faire défaut, il n'en est pas de même pour le pancréas, car les recherches faites dans ce sens ont fort peu de chances d'aboutir, à cause de la profondeur qu'il occupe dans l'abdomen.

HISTORIQUE

La question de l'intervention chirurgicale directe dans le cancer de l'estomac était restée toujours dans le domaine de la théorie. On laissait les malades succomber aux atteintes de leur affection en recourant seulement à l'intervention médicale; lorsque dans ces derniers temps, sur les instances d'un malade, M. Péan fut appelé à intervenir chirurgicalement.

Depuis cette époque, malgré l'insuccès du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, de nombreuses tentatives ayant pour but non seulement la cure temporaire pour laquelle il n'existe aucun mode de traitement chirurgical autre que la gastro-entérotomie; mais encore la cure radicale du cancer de l'estomac, ont été faites; les plus nombreuses ont été suivies d'insuccès, alors que quelques-unes seulement semblent avoir profité au malade.

L'historique de la gastrectomie peut être divisé en deux périodes : une première expérimentale, et théorique, et une deuxième où la pratique succède à la théorie.

1re Période. — L'idée de la résection partielle de l'estomac remonte aux premières années du siècle. Elle est d'origine allemande, bien que Merrem, qui le premier fit sur les animaux des expériences à ce sujet, raconte qu'un chirurgien de Philadelphie l'avait précédé dans cette voie. (*Animadversiones quædam chirurgicæ experimentis in animalibus factis.* Karl Merren. Gissæ. 1810.) Cette idée sommeillait depuis cette époque, quand elle fut reprise en 1874, encore dans le même pays, par Gussenbauer et Winiwarter.

Leurs premières tentatives, infructueuses d'abord, furent enfin couronnées de succès, puisqu'ils purent sacrifier pour d'autres expériences un chien auquel ils avaient reséqué une partie de l'estomac. Cet animal, qui avait survécu 7 mois à cette opération, était alors gros et bien portant.

Ces recherches sont détaillées dans les Archives de Langenbeck, vol. XIX.

Ils furent suivis dans cette voie par Kaiser et Werth. Un chien auquel ils avaient enlevé l'estomac tout entier, réunissant par la suture le cardia au pylore, avait, au bout de huit mois, augmenté de la moitié de son poids (1).

Des expériences faites sur des animaux, le plus souvent jeunes et toujours bien portants, furent le point de départ de

(1) Les expériences de ces auteurs sont rapportées dans Cernzy, *Beitrœge zur operativen Chirurgie*, 1878.

l'idée de la gastrectomie sur des hommes malades, que la diathèse cancéreuse avait marqués de son empreinte indélébile.

2e Période. — En 1879 commence la phase pratique de cette opération. Nous allons suivre les étapes qu'elle a suivies. La thèse de M. Kahn, publiée en 1883, nous fournira presque tous les éléments de cette étude. Nous recourrons aussi au travail que M. le Dr Troquard a publié dans le Journal de médecine de Bordeaux, travail intitulé : « Sur la Résection de l'estomac et du pylore », paru dans le n° 27, 28 et 29 du journal précité, année 1881. Nous terminerons, enfin, en reproduisant les leçons que MM. les profes. Le Fort et Guyon nous ont autorisé à joindre aux documents que nous possédons. Cette question a été enfin l'objet de mémoires nombreux, publiés tant en Angleterre qu'en Allemagne, dont l'un, dû à Rydygier, mérite surtout d'être signalé (1).

Le cancer de l'estomac est diagnostiqué ; on s'est assuré, autant que faire se peut, qu'il n'existe pas de contre-indication. Voici quel est le manuel opératoire que l'on devra adopter.

MANUEL OPÉRATOIRE

On procédera d'abord à la toilette de l'estomac pour le débarrasser des matières qu'il peut contenir. Les lavages de l'estomac avec de l'eau tiède ou une solution d'acide salicylique également tiède, seront faits dans ce but dans les deux trois jours qui précèderont l'opération. La veille du jour fixé, on fera prendre un lavement purgatif au malade, pour rendre son intestin libre ; tout cela, après avoir, pendant plusieurs jours préparé l'accoutumance à l'alimentation rectale.

Ces précautions prises, l'opération se divise elle-même en cinq temps. Inutile d'ajouter que le malade doit être soumis à l'anesthésie et que la méthode antiseptique sera appliquée dans toute sa rigueur.

(1) Nous renvoyons pour les indications de ces travaux à la thèse de M. Kahn, sur la résection partielle de l'estomac. Paris, 1883.

1er *temps*. — La conduite adoptée par Rydygier diffère de celle de Billroth. Tandis que le premier préconise l'incision longitudinale sur la ligne médiane, évitant ainsi la section des gaines musculaires de l'abdomen, le 2e préfère à l'incision oblique, qu'il adoptait dans ses premières opérations, l'incision transversale.

Cette incision qui rend la tumeur plus accessible et les manœuvres opératoires plus faciles, doit avoir de 10 à 14 centimètres. Le siège ne peut en être précisé ; autant que possible, elle doit être faite au niveau de la tumeur qui occupe des situations diverses, suivant le degré de dilatation de l'estomac.

2e *temps*. — On a découvert la tumeur, on doit maintenant la dégager et l'isoler ; pour cela on doit l'amener autant que possible dans l'incision ou même hors de l'incision et isoler les parties malades en plaçant au-dessous des serviettes et des compresses de gaze antiseptique chauffées à la température du corps. Cela fait, on pratique dans toute l'étendue de la portion à réséquer la section du grand et du petit épiploon, faite soit entre deux ligatures, soit entre deux pinces, pour éviter l'hémorrhagie, mais ce manuel opératoire se trouve si bien décrit dans le travail de M. le Dr Trocquard, que je vais m'inspirer de cette description.

Billroth, dit-il, place des pinces hémostatiques et lie tous les vaisseaux avec des fils de soie très fins. Parfois il sectionne avec le thermo-cautère la partie de l'épiploon comprise entre les ligatures et évite ainsi tout écoulement de sang.

Si la tumeur présente des adhérences avec les organes voisins, il faut en pratiquer le décollement avec le plus grand soin. Nous savons que cette partie de l'opération est souvent la plus longue et la plus périlleuse : c'est là un fait que confirmeront les observations qu'on lira plus tard. En tout cas, les parties adhérentes doivent être entièrement libérées pour éviter les tiraillements sur la suture.

Lorsqu'on pratiquera la ligature en masse des adhérences,

on veillera à ne pas y comprendre des artères importantes. On procédera enfin à l'énucléation des ganglions cancéreux s'il en existe.

3e *temps*. — Ablation de la tumeur. Rydygier, préoccupé des inconvénients qui résultent de l'écoulement des liquides de l'estomac et de l'intestin sur la plaie, conseille, pour y remédier, l'application au-dessus et au-dessous de la tumeur d'un compresseur élastique, dont il a pu constater les heureux effets d'abord dans les opérations expérimentales sur des chiens, puis dans celles qu'il a faites sur l'homme dans un but curatif. Ce compresseur appliqué, c'est à 3/4 de centimètres de lui qu'il opère la section de l'estomac. Ce n'est enfin qu'après la suture qu'il enlève son instrument.

Billroth considère le compresseur de Rydygier et ses analogues (Wehr) comme gênants ; car ils rendent plus difficile l'application des sutures, et en outre comme inutiles, si on n'a eu le soin de bien vider et nettoyer l'estomac. Pour éviter l'issue des matières qui pourraient provenir du duodénum, il applique au-dessous des parties à enlever une ligature provisoire avec un gros fil de soie phéniqué.

Ces précautions prises, on résèque la tumeur ; si le cancer est limité au pylore, un coup de ciseaux au-dessus et au-dessous suffit. Sinon, une incision dirigée sur le tissu sain devra circonscrire toutes les parties malades destinées à être enlevées. L'excision complète de la tumeur ne sera faite, d'après Billroth, que lorsqu'on aura rattaché du moins en partie l'estomac au duodénum. Dès sa quatrième opération, suivant cette pratique, il ne fait sur la partie postérieure du duodénum qu'une section incomplète, et profite de cette section pour placer immédiatement deux points de suture interne; qui lui permettent d'unir sur ce point l'estomac à l'intestin, alors, seulement il complète la section duodénale et il termine la suture.

Lorsque la tumeur est enlevée, il arrive le plus souvent que le calibre de l'intestin est bien inférieur au calibre de l'esto-

mac, et que l'affrontement exact est impossible. Dans ce cas, la conduite des opérateurs varie. Les uns réunissent simplement sur une certaine étendue les lèvres du segment gastrique et ne laissent ouvert qu'un orifice en rapport avec l'orifice duodénal, d'autres font un pli aux parois de l'estomac, d'autres enfin détachent un lambeau triangulaire sur la grande courbure.

Suivant d'ailleurs que l'estomac sera dilaté, et suivant l'étendue de la partie de l'intestin réséquée, la conduite du chirurgien devra varier. Le but que toujours on doit poursuivre, c'est de ne pas laisser au niveau de la grande courbure un diverticulum en cul-de-sac qui empêcherait le passage des aliments de l'estomac dans le duodéneum, et entraverait ainsi la digestion. C'est pour éviter cela que Billroth a renoncé à rattacher le duodénum à la petite courbure et qu'il la fixe toujours maintenant à la grande dans le but de faire disparaître ainsi cet inconvénient, but qu'il a d'ailleurs toujours atteint, ainsi que les autres opérateurs qui l'ont suivi dans cette voie.

Un petit artifice, qui consiste à faire la section oblique de l'intestin pour augmenter le calibre duodénal, mérite enfin d'être signalée. En l'adoptant, on a une circonférence plus étendue et une petite languette qui facilite l'affrontement des parties.

4[e] *temps.* — (Suture des bords de la plaie du duodéneum avec celle de l'estomac.) A quels fils faut-il donner la préférence pour la suture, au catgut ou à la soie phéniquée ? presque tous les opérateurs redoutant la résorption trop rapide du catgut, emploient la soie phéniquée. Par exemple, Billroth, Gussenbauer, Kitajewski, Kolher se servent de fils de soie. Rydygier est au contraire partisan du catgut. Pour lui, cette substance ne se résorbe pas trop rapidement, tandis que la soie présente l'inconvénient de ne pas se résorber du tout.

Le catgut persiste assez longtemps pour permettre à la réunion de s'établir. L'action dissolvante du suc gastrique sur cette substance n'est pas à redouter si cette suture est

correctement faite, c'est-à-dire si le fil n'intéresse pas la muqueuse.

Comme pour les plaies intestinales, plusieurs genres de suture ont été employés (Lembert, Gély, Czerny); quel que soit le mode de suture adopté, il faut toujours faire l'adossement des séreuses et les faire assez nombreuses pour assurer la réunion exacte, sans rétrécir trop la lumière de l'intestin. Billroth place en moyenne de cinquante à soixante points de suture. Ce nombre devra évidemment dépendre de l'étendue de la portion réséquée de l'estomac.

Tout cela fini, la plaie bien réunie, on replace les parties dans l'abdomen et on termine par la suture de la plaie abdominale.

5e *temps.* — Réunion de la plaie abdominale. Pour l'obtenir, on applique un nombre variable de sutures profondes et superficielles. Cela fait, on applique un pansement de Lister.

Soins consécutifs. — L'opération terminée, il est des soins consécutifs qu'on ne saurait négliger sans s'exposer à de cruels mécomptes. Ils ont trait : 1° à la position que doit avoir le malade; 2° à son alimentation.

1° On devra prescrire le repos le plus absolu pendant 24 heures au moins.

2° Alimenté les premiers jours par le rectum, l'opéré pourra vers le troisième ou quatrième jour prendre un peu de lait ou de bouillon. L'alimentation par ces liquides devra être continuée ainsi longtemps, bien qu'on ait vu des malades prendre des aliments solides dès le huitième jour.

Tel est le manuel opératoire qui a été adopté dans les cas où les chirurgiens avaient cru devoir intervenir. Et c'est le seul mode d'intervention chirurgicale, avec la gastro-entérotomie, qui ait été appliqué au traitement du cancer de l'estomac. Voyons les résultats obtenus : Kahn a pu recueillir trente cas de résection du pylore ; nous allons fournir une énumération succincte et rapide des vingt-sept cas où l'estomac était cancéreux.

OBSERVATIONS

I. — Opération faite par Péan (le 9 avril 1879). L'opération fut faite sur les instances du malade ; la mort survint le quatrième jour.

II. — Rydygier, à Kulm, fit la deuxième le 16 novembre 1880. Le malade, âgé de 64 ans, présentait, outre les symptômes subjectifs du cancer, une tumeur assez mobile, sensible à la pression, de 3 travers de doigt de long sur 2 de large. Il succomba le soir même aux suites de l'opération.

III. — Femme de 43 ans, opérée par Billroth le 29 janvier 1881. Marche de la maladie assez rapide. La tumeur pylorique avait le volume d'une pomme. Les suites de l'opération furent heureuses, les phénomènes subjectifs accusés par la malade disparurent. L'examen fit connaître un cancer colloïde, qui récidivant cinq mois après, entraîna la mort du sujet.

IV. — Billroth opéra, le 29 février 1881, une femme âgée de 39 ans. Cette dernière, qui jusqu'alors n'avait pas encore présenté le symptôme vomissement, les vit succéder à l'opération. Ce symptôme nécessita une nouvelle intervention qui fut suivie de mort 30 heures après.

M. Kahn fait suivre cette observation des réflexions qu'on pourra lire utilement dans sa thèse (p. 14).

V. — Billroth opéra, le 12 mars, une femme de 38 ans, chez laquelle le diagnostic cancer n'était pas douteux. La malade pouvait alors se nourrir avec du lait et du jus de viande, et du café qu'elle gardait bien. Dans ce cas où le carcinome adhérait au pancréas, la partie réséquée avait plus de 12 centimètres sur la grande courbure, et 5 sur la petite. La mort survint 10 heures après l'opération. L'examen microscopique fit reconnaître un cancer médullaire.

VI. — Dans l'observation de Nicolaysen, 17 mai 1881, nous manquons de détails sur ce qui concerne l'alimentation La tumeur avait occasionné une dilatation de l'estomac. La malade, âgée de 37 ans, succomba le soir même aux suites de l'opération qu'elle avait réclamée.

L'auteur attribue cette mort à la faiblesse et à l'inanition ; il pense que l'emploi du catgut n'a pas réussi, il emploiera désormais la soie phéniquée.

VII. — Femme de 54 ans. Pas plus de détails que dans la

précédente pour ce qui a trait à l'alimentation ; Bardenheuer dit seulement que la tumeur présentait des adhérences avec le pancréas. Mort 24 heures après l'opération.

VIII. — L'opération faite par Wölfler eut les suites les plus heureuses puisqu'il nous dit un an après, dans le *Wiener Woch.* à la date du 8 avril 1882, qu'à cette époque l'opérée possédait tous les attributs de la santé et n'offrait pas le moindre de signe de récidive. Dans cette opération Wölfler avait enlevé dans une longueur de 12 centimètres sur la grande courbure une tumeur de nature colloïde.

IX. — La mort survint 4 heures après l'opération. faite par Berns, le 23 avril 1881, sur une femme âgée de 49 ans, dont l'état de santé était encore bien conservé, et chez laquelle s'accusaient les symptômes d'un rétrécissement de l'orifice pylorique.

X. — Nous ne pouvons, dit M. Kahn, donner que les renseignements suivants sur cette observation, dont les détails n'ont pas été publiés : le carcinome paraissait très mobile à l'examen extérieur , après son ablation on reconnut que le duodénum adhérait fortement au pancréas dont il fallut enlever une partie pour affronter le duodénum et l'estomac.

La mort survint rapidement. (Obs. de Jurié.)

Je reproduirais plus loin les observations XI et XII *in extenso* à cause de l'intérêt qu'elles présentent.

Les opérations XIII, XIV, XV faites par Kronlein, 4 juin 1881 ; par Kitajewsky, 16 juillet 1881, et par Weinlechner, 18 août de la même année, et publiées la première dans *Le Correspond. blatt. für Schweizer Ærtze*, 1882, la deuxième, dans *Le Centralbl. für Chirurg.* 1881, p. 783, et la troisième, dans le même recueil 1882, n° 21, se terminent par la mort en peu de temps.

XVI. — Encouragé par ses premiers succès, Billroth crut devoir intervenir encore le 23 octobre 1881, sur une femme de 36 ans qui souffrait de l'estomac depuis le mois de juillet, et rendait la plus grande partie des aliments ingérés de deux à 4 heures après le repas. Il enleva une tumeur grosse comme une noix, de nature glandulaire, et vit le succès couronner son intervention ; car, 5 mois après, une note de Wölfler du 8 avril 1882 fait savoir que l'opérée jouit d'une bonne santé et se nourrit normalement.

XVII. — Le 5 novembre 1881, Billroth opéra un homme âgé de 44 ans présentant les signes du cancer du pylore avec une grande

dilatation de l'estomac. La mort survint le septième jour après l'opération.

Sur les observations qui suivent, l'auteur de la thèse n'a pu recueillir que quelques renseignements, nous n'avons pu mieux faire. Les voici telles qu'il nous les fournit.

XVIII et XIX. — (Bardenheuer. In Rydygier, *Sammlung klin. Vortrage*, 1882, n° 220) :

Premier cas. — Carcinome du pylore. Mort le huitième jour à la suite d'une péritonite de la région opératoire.

Deuxième cas. — Carcinome du Pylore, adhérence avec le pancréas. Mort le deuxième jour.

XX. — (Langenbeck). Dans ce cas, où le pancréas était profondément intéressé, le malade mourut en collapsus quelques heures après l'opération.

XXI. — (Gussenbauer). Alors que tout faisait présager que la tumeur n'était pas adhérente, dût enlever une bonne partie du pancréas auquel elle adhérait. La mort survint 16 heures après, le malade étant en collapsus.

XXII. — (Southam 5 avril 1882. The british. medical Journal. juillet 1882, t. II, p. 163). Dans ce cas, jugé opérable à cause de la mobilité de la tumeur, le malade âgé de 43 ans, supportait encore l'alimentation liquide. Mort quatorze heures après l'opération.

XXIII. — (Fort, 17 avril 1882. Gazette des hôpitaux 1882, n° 123). Cette tentative opératoire, abandonnée une première fois fut reprise plus tard ; quelques mois avaient suffi pour que l'augmentation du volume de la tumeur fût on ne peut plus manifeste; la malade vomissait en outre tout ce qu'elle prenait. La mort survint presque aussitôt après l'opération, le sommeil de la mort succéda au sommeil anesthésique.

XXIV. — (Hahn, 19 mai 1882. Berlin. Klin Wochensch. 1882 n° 37).Une femme âgée de 63 ans, fut opérée à cause de l'intensité des symptômes occasionnés par la tumeur cancéreuse de l'estomac; vomissements fécaloïdes, constipation opiniâtre, etc. Elle succomba sept jours après l'opération, brusquement, après avoir présenté à nouveau les vomissements déjà signalés.

XXV. — (Richter, 25 mai 1882. The san Francisco western. Lancet, juillet 1882). Le sujet de cette observation est un homme de 51 ans. Supportait-il encore l'alimentation liquide? C'est ce que l'auteur de l'observation ne nous dit pas : La mort survint 3 heures après l'opération.

XXVI. (Kohler. 2 septembre 1882. The medical Herald Louisville, 1882, n° 41). Dans ce cas on avait pu diagnostiquer le

cancer chez une femme de 65 ans qu'on opéra six mois après ; elle survécut six heures à l'opération; les détails manquent.

XXVII. — Le dernier fait, que nous trouvons relaté dans cette thèse appartient à la pratique de Caselli ; il eut comme résultat la mort d'un malade. Cette mort survint 7 heures après l'opération.

A toutes ces observations nous en joindrons une dernière qui nous a été communiquée oralement par M. Desmons, de Bordeaux.

XXVIII. — M. Desmons a assisté fin octobre dernier à une opération faite par Billroth. La tumeur avait gagné la petite courbure qu'il réséqua et sutura d'abord, il enleva ensuite le pylore. L'opération ne présenta rien d'extraordinaire ; il n'existait pas de généralisation cancéreuse. La malade, qui avait environ 50 ans, mourut le lendemain. Billroth trouve la technique opératoire encore incomplète, il voudrait pouvoir remplacer les grandes pinces. Il attribue la mort à l'hémorrhagie qu'il croît être la cause la plus fréquente de la mort des opérés.

Obs. XI. — Czerny, 21 juin 1881. Arch. de Langenbeck. Bd. XXVII, Heft 4.

Femme de 28 ans, sans antécédents héréditaires, exempte de tout état morbide antérieur.

Sa maladie ne remonterait pas avant dix semaines. Jusque-là elle n'avait ressenti aucune douleur, n'avait jamais vomi, avait eu bon appétit. Les premiers symptômes furent une douleur à l'épigastre survenant après le repas, douleur s'irradiant dans la poitrine. La malade dit qu'à partir de ce moment elle sentait son estomac gonfler pour peu qu'elle prît des aliments. Puis parurent les vomissements deux ou trois heures et même plus longtemps après les repas. Toutefois ce symptôme ne date que de cinq à six semaines. Les matières vomies avaient un goût acide et n'étaient jamais colorées par du sang. Dès le commencement, les selles devinrent rares, tous les quatre jours seulement.

A son entrée, le 18 mai, la malade est très amaigrie. Elle présente une énorme dilatation de l'estomac, dont la grande courbure arrive tout près de la symphyse, fait qui, pour plus de sûreté, fut vérifié par l'introduction d'une longue sonde œsophagienne, dont l'extrémité se fit nettement sentir au-dessus du pubis.

Au palper on trouve dans la région répondant au pylore une tumeur paraissant cylindrique, à surface lisse. Un palper un peu prolongé amène des mouvements péristaltiques bien perceptibles sous l'influence desquels la tumeur devient un peu plus dure.

La tumeur est d'ailleurs extrêmement facile à délimiter. Après le vidage par la pompe, l'estomac revint sur lui-même et la tumeur se porta à gauche de l'ombilic ; on soumit la malade à un pompage régulier. à un régime se composant de viande râpée, de soupe, lait, œufs et vin. Les vomissements devinrent rares et les selles régulières. L'urine était normale.

Le poids du corps était le 23 mai, 49 kilogr. 290, le 31 avril 47 kilogr. 350, le 20 juin, 47 kilogr. 100.

L'opération eut lieu le 21 juin, dura deux heures un quart. On employa la soie phéniquée pour les sutures de l'estomac qui furent au nombre de cinquante-deux.

La partie réséquée, d'une longueur de 9 centimètres 5 à la petite courbure et 5 centimètres à la grande, avait à son extrémité stomacale une circonférence de 20 centimètres et de 7 centimètres à son extrémité duodénale. L'examen microscopique fit reconnaître un cancer colloïde. Pendant l'opération on trouva dans l'épiploon gastro-hépatique deux petites nodosités squirrheuses qui échappèrent à la main de l'opérateur avant qu'il ait pu les extirper.

Après l'opération, la malade ne prit pendant les cinq premiers jours que des aliments liquides et des lavements nutritifs. La nourriture fut ensuite rendue graduellement plus substantielle.

La température, qui le deuxième jour arriva à 38°, ne dépassa plus après cela les limites normales. Le deuxième jour, émission spontanée d'urine naturelle. Le quatrième jour parurent les premières selles spontanées, qui ne tardèrent pas à devenir complètement normales. Le septième jour, première visite du pansement. La plaie abdominale est guérie, les sutures sont retirées. Le 10 juillet la malade se levait.

Poids du corps : le jour de l'opération, 21 juin, 47 kilogr. 100, le 18 juillet, 48 kilogr. 850, le 26, 52 kilogr. 600 ; le 27, la malade quittait la clinique.

La malade fut revue au milieu d'octobre, elle avait un excellent aspect, pesait 61 kilogr. 700. Plus de dilatation de l'estomac Pas de douleurs après ces repas, plus de renvois, plus de vomissements.

A la fin de janvier 1882, elle continuait à se bien porter.

Obs. XII. — 25 juin 1881. Lucke, Deutsche Zeitschrift für Chir., Bd. XVI.

Homme de 33 ans, n'ayant jamais été malade. Pas d'antécédents héréditaires, a cinq enfants bien portants. Il y a cinq mois commencèrent des douleurs dans la région de l'estomac : ces douleurs paraissaient quelque temps après le repas et dans la nuit.

L'appétit a toujours été bon, jamais de vomissements, selles régulières, on n'y a jamais remarqué de sang.

Depuis trois mois et demi, le malade a remarqué la présence vers la ligne blanche d'une tumeur douloureuse.

A son entrée, il est un peu anémié : son aspect n'est pas précisément cachectique. A la palpation, on trouve à gauche de la ligne blanche, et tout à côté d'elle, une tumeur grosse un peu plus qu'un œuf de poule, à surface un peu mamelonnée et très mobile, changeant de place suivant la position du malade. En remplissant l'estomac d'acide carbonique, la tumeur passe à droite à hauteur de la ligne du mamelon. Malgré les injections de morphine, le patient dort mal.

Aux deux premiers lavages du matin on retira de l'estomac des aliments de la veille ; il y avait donc une certaine gêne apportée au passage des aliments par le pylore.

Le peu de trouble des fonctions stomacales, étant donné le volume de la tumeur, surtout le manque de vomissements, et la mobilité extrême de la tumeur, firent penser d'abord qu'elle siégeait dans l'épiploon. Ce n'est qu'après plusieurs examens approfondis que le professeur Kussmaul se prononça pour le diagnostic cancer du pylore, se basant sur les caractères suivants :

1° La présence dans l'estomac des aliments douze heures après le repas ; 2° l'agrandissement très manifeste de la zone de sonorité à la percussion quand on remplissait l'estomac d'acide carbonique ; 3° la régularité avec laquelle la tumeur se porte à droite proportionnellement à la quantité de gaz introduit.

Le malade passa donc dans la clinique de Lucke où il fut opéré.

Mort dix heures après l'opération. Trois quarts d'heure après la mort, on trouvait encore une température de 38°2. Le pouls étai arrivé à 160.

La partie réséquée qu'on avait du détacher du pancréas, avec lequel elle avait des adhérences, mesurait 10 centimètres sur la grande courbure et 5 à la petite avec une circonférence de 16 centimètres. Le pylore admettait l'introduction du petit doigt. L'examen microscopique fit reconnaître un squirrhe.

Autopsie. — Cœur très mou, valvules injectées de sang. Les deux poumons, mous, congestionnés, présentent de l'œdème à leur partie inférieure. Derrière le pancréas on trouve des ganglions squirrheux.

L'auteur pense que la mort peut en grande partie être attribuée à l'état du cœur, qui aurait été frappé de paralysie reflexe, grâce à cinq heures d'anesthésie. »

Après avoir reproduit in extenso les deux observations qui précèdent, je poserai les deux questions suivantes. Dans le premier comme dans le deuxième cas, y avait-il urgence à

faire cette opération ? Cette opération a-t-elle été profitable aux malades? Et d'abord, pour répondre à la première en nous reportant vers les symptômes antérieurs à l'opération, nous voyons que l'alimentation liquide était encore supportée par la malade, que sa vie n'était point compromise au moins dans un bref délai. Si ces réflexions peuvent s'appliquer à ce premier cas, à plus forte raison pourrait-on les appliquer au deuxième, où rien, dans le cortège symptomatique de l'affection, ne pouvait faire présager une issue funeste; nous pouvons donc répondre hardiment que dans les deux il n'y avait aucune urgence à opérer.

Cette opération a-t-elle profité au malade? Telle est la deuxième question à laquelle nous devons répondre. En continuant les lavages, en soumettant la malade au régime lacté exclusif, n'aurait-on pas pu prolonger ses jours et diminuer les douleurs qu'elle accusait ? Telles sont les réflexions que nous nous permettons d'émettre ; nous devons faire cet aveu qui certes ne nous coûte aucune peine, que, à n'en pas douter, la première malade nous paraît avoir profité largement de l'opération, puisque, longtemps après, elle ne présentait plus aucun des symptômes qui l'inquiétaient autrefois, bien qu'elle se fût soumise à son régime habituel. Si la fin parfois justifie les moyens, c'est ici le cas d'appliquer cet axiome, à la vérité duquel il n'est pas, je crois, toujours bon de croire.

Quant au deuxième malade, qui a succombé six heures après l'opération, il n'est pas douteux que l'opérateur lui a été nuisible, sans avoir l'excuse de se trouver en présence d'un de ces cas désespérés, qui n'ont d'autre issue que la mort ou l'intervention opératoire, quelque légers que soient les bénéfices qu'on peut espérer d'en retirer pour les malades.

La dernière observation offre, en outre, un intérêt au point de vue des difficultés de diagnostic qu'à su surmonter le professeur Kussmaul. On y voit, aussi qu'alors qu'on avait tout lieu de croire à la mobilité de la tumeur on la trouva adhérente dans une assez grande étendue. Ces deux observations, déjà faites par M. Kahn, j'ai cru devoir les rappeler.

Dans certains cas, on dut abandonner la résection de l'estomac, et faire au-dessous de la tumeur une fistule dans le but d'introduire des aliments dans l'intestin On eut donc recours alors à la gastro-enterostomie, que le chirurgien dut accepter comme pis-aller.

Nous allons donner un aperçu sommaire de l'historique de la question, après avoir indiqué le but de l'opération.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Cette opération a pour but de créer, dans les cas de rétrécissement inopérable du pylore, un orifice sur une partie de l'intestin située au-dessous de ce point, et destiné à jouer le même rôle que la bouche stomacale.

D'après M. Petit, l'idée de cette opération serait due à Richardson, qui la préférait à la gastrostomie elle-même dans les cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage. (*Revue des sciences méd.*, vol. XVI, p. 754.)

L'entérostomie fut pratiquée pour la première fois à l'insu de l'opérateur, pour ainsi dire. En 1876, Maunder, voulant pratiquer la gastrostomie pour remédier à un cancer œsophagien, ouvrit l'abdomen par une petite incision, tomba sur un organe qu'il prit pour l'estomac, le fixa aux lèvres de la plaie et l'ouvrit. A l'autopsie, on vit que la fistule siégeait sur le côlon transverse. Maunder s'applaudit néanmoins de son erreur en disant qu'il lui importait peu de savoir quel organe il ouvrait, puisque, le principal objet de l'opération étant d'apaiser la soif, on pouvait injecter du liquide aussi bien dans l'intestin que dans l'estomac. (*Med. Times and Gaz.*, 1876, vol. II, p. 536.)

En 1878, un chirurgien français, M. le D Surmay (de Ham), pensa que, dans le cas de cancer du pylore, dont on n'avait pas encore songé à faire alors l'ablation sur une aussi large échelle que dans ces trois dernières années, on pourrait pratiquer au-dessous une ouverture faisant communiquer la cavité intestinale avec l'extérieur, et par laquelle on pouvai

injecter dans l'intestin des substances alimentaires, capables d'y être digérées. Il s'était d'abord assuré, par des recherches sur la digestion intestinale et des opérations sur le cadavre, que l'opération était possible sur l'homme et capable de prolonger la vie. Il avait choisi de préférence le jéjunum à tout autre point de l'intestin grêle : 1° pour s'assurer de la conservation des liquides biliaire et pancréatique ; 2° pour laisser aux aliments un parcours intestinal suffisant à leur élaboration et à leur absorption ; 3° pour faire l'ouverture sur un point dont la situation fût assez fixe pour pouvoir toujours le trouver facilement.

Quelque temps après, M. Surmay pratiqua la gastro-entérostomie sur une malade, du service de M. Dujardin-Beaumetz, atteinte de cancer du pylore. La malade, jeune encore et exempte de généralisation, comme on put s'en assurer à l'autopsie, mourut, au bout de 30 heures, d'épuisement progressif, malgré tout ce qu'on put faire, et sans péritonite. (*Bull. gén. de Thérap.*, 1878, vol. XCV, p. 198.)

La résection de l'estomac fut cause que la gastro-entérostomie, abandonnée pendant quelques années, fut reprise en Allemagne. En 1881, Wölffler, assistant de Billroth, commença une opération destinée à réséquer un cancer du pylore. L'abdomen ouvert, on s'aperçut que le mal était trop étendu pour pouvoir être enlevé en entier avec quelque chance de succès, et Wölffler préféra créer une fistule sur l'intestin grêle. Pour cela il ouvrit le duodénum comme dans l'opération de l'anus artificiel, après l'avoir fixé à la plaie abdominale. (*Cent. für Chir.*, 1881, n° 45, p. 705.)

Wölffler ne parle nullement des travaux de Surmay, dont la priorité sur les siens est incontestable ; aussi Rydygier, sans plus ample informé, accorde-t-il cette priorité à son compatriote. (*Cent. für Chir.*, 1883, n° 16, p. 241.)

Billroth, puis Lücke et Lauenstein, firent comme Wölffler dans des circonstances analogues.

Le malade de Wölffler était encore en bon état, un mois

après l'opération. Dans le cas de Lücke, décrit par Fischer, on constatait encore deux mois après un bon état général et une augmentation de poids du corps. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. XVII, fasc. 5 et 6.)

Le malade de Billroth mourut d'un accident assez bizarre. La fistule étant faite au-dessous de l'ampoule de Water, il se fit sur la partie ouverte de l'intestin un éperon qui força la bile et le suc pancréatique à remonter dans l'estomac et détermina des vomissements bilieux incoercibles. La mort survint sans péritonite 10 jours après l'opération. (*Cent. für chir.*, 1883, p. 243.)

L'opéré de Lauenstein mourut d'épuisement (*Arch. für klin. Chir.*, vol. XXVIII, Heft 2) et celui de Rydygier, d'hémorrhagie, 4 jours après l'opération.

En résumé, sur les sept opérations que nous connaissons actuellement, deux malades passent pour avoir éprouvé quelque soulagement pendant un mois ou deux, et cinq autres sont morts peu de jours après l'intervention chirurgicale. Sans doute on peut dire avec Rydygier, que lorsqu'on a commencé l'opération dans le but de réséquer le pylore, il vaut mieux créer une fistule gastro-intestinale qui permette d'alimenter encore le malade, que de refermer le ventre sans rien faire mais comme dans ces cas on n'abandonne le plan opératoire primitif que parce que le cancer est très étendu, on devra, pour cette raison, ne pas trop espérer une longue survie.

Le manuel opératoire, décrit longuement par M. Surmay, consiste essentiellement dans l'ouverture de la paroi abdominale, un peu au-dessous et à gauche de l'appendice xyphoïde, à la recherche et à la traction du duodénum dans la plaie, puis à la fixation de l'intestin comme pour la gastrostomie ou l'anus artificiel. On termine l'opération en incisant l'intestin entre les deux rangées de sutures qui le fixent aux lèvres de la plaie pariétale, en mettant une sonde à demeure dans la fistule.

Résultats. — Si maintenant nous jetons un coup d'œil rapide sur les observations de gastrectomie dont nous avons cru devoir donner un résumé aussi succinct, nous voyons que sur 29 cas d'intervention, 25 fois la mort et 4 fois la guérison seulement ont été les résultats de l'opération. Cette dernière a été obtenue seulement chez des femmes relativement jeunes; puisque la plus âgée n'avait pas 52 ans. Je dois en outre faire observer que, lorsque l'opération a été faite, les malades s'alimentaient encore avec des liquides; que chez deux d'entre elles la symptomatologie de cette affection n'offrait aucun indice d'une mort prochaine; qu'en outre, lorsqu'on se reporte aux observations non suivies d'intervention chirurgicale, depuis surtout qu'on a appliqué les lavages de l'estomac au traitement du cancer, on a pu prolonger la vie de ceux qui en étaient atteints et aussi diminuer leur souffrance.

Les mêmes remarques peuvent s'appliquer à la gastro-entérostomie, préférable cependant à la résection de l'estomac, à cause du traumatisme moins grand qu'elle détermine.

Un seul des opérés guéris de résection stomacale paraît jusqu'à présent être à l'abri de récidive; du moins rien chez lui ne la faisait soupçonner un an après l'intervention. Si nous ne savions pas que le cancer, quel que soit son siège, a toujours une tendance à récidiver, soit sur place, soit sur un autre organe, nous pourrions croire à la persistance de cette guérison : mais, quoi qu'il n'en soit pas ainsi, nous ne sommes pas moins obligé de constater que dans ce cas le succès obtenu a eu une durée assez longue pour laisser supposer qu'il sera définitif.

Déduction.— Je sais que, se basant sur ce fait, les partisans de l'intervention nous feront observer que si les succès opératoires ne sont pas plus nombreux, c'est parce qu'on n'est pas intervenu à temps, que la maladie avait pris au moment de l'intervention trop de racines. Je les prierai de se reporter à la thèse de M. le D[r] Fernand Chesnel (1), ils y verront que

(1) Fernand Chesnel, thèse de Paris 1877.

le cancer de l'estomac, qui peut revêtir plusieurs formes énumérées et étudiées avec un soin particulier dans ce travail, lorsqu'il manifeste son existence par des symptômes, peut avoir déjà des racines profondes, ils y verront encore qu'on a pu trouver, à l'autopsie, chez des sujets très âgés, le cancer dont rien n'avait pas pu faire soupçonner l'existence ; et enfin que la proportion des cancers qui n'ont pu être diagnostiqués est plus considérable que la proportion de ceux où le diagnostic a été fait.

Pour montrer enfin combien sont nombreuses les difficultés qui entourent un tel diagnostic, je citerai les opinions que Béhier et Jaccoud ont émises sur ce sujet.

« Dans beaucoup de cas de cancer de l'estomac, disait Béhier dans une de ses dernières cliniques (V. *Union médicale*, 6 janvier 1874), ce n'est qu'avec les ulcérations de la masse cancéreuse que paraissent les premiers symptômes. Ceux qui indiquent une notable altération des fonctions, comme la douleur, les vomissements, l'hémorrhagie, ne se manifestent que vers le milieu de la maladie. Enfin tous ces signes peuvent manquer complètement et tous peuvent se rencontrer dans quelque autre affection ».

Dans l'article *Cancer de l'estomac* de sa *Pathologie interne*, Jaccoud s'exprime ainsi :

« Il convient avant tout d'éliminer un certain nombre de cas dans lesquels la lésion est ignorée jusqu'à l'autopsie, par la raison qu elle ne produit aucun symptôme. C'est le cancer infiltré de la paroi, sans altération du cardia ni du pylore, qui drésente parfois ce caractère latent surtout lorsqu'il est secondaire.

Dans un autre groupe de cas déjà moins rares, la maladie ne permet qu'un diagnostic probable et par exclusion. Il n'y a ni dyspepsie, ni vomissement, ni tumeur. Mais chez un individu qui a dépassé l'âge adulte, on voit survenir une émaciation continue, et un état cachectique que ne peut expliquer aucune altération organique appréciable. L'expérience a

appris que dans cette situation, les probabilités sont en faveur d'un cancer de l'estomac, qui, en raison de son siège et de sa situation topographique, reste sans effets locaux et ne détermine que la cachexie propre de cette diathèse ».

Nous sommes revenus à dessein sur cette importante question du diagnostic pour montrer que, lorsqu'on a pu croire que le cancer était jeune et par conséquent opérable, ainsi que le veulent les partisans de l'intervention, il n'en était le plus souvent pas ainsi : les observations publiées appuient ici notre dire. Nous y voyons en effet que les cas les plus nombreux sont ceux où il existait des adhérences et aussi des propagations cancéreuses aux organes voisins.

Si on était sûr qu'en opérant ou doit trouver une tumeur mobile, non adhérente, facilement résécable ; si en outre les accidents douloureux occasionnées par la tumeur étant par trop vifs, la malade demande elle-même l'intervention chirurgicale, je comprendrais qu'alors on se décidât à lui faire courir les chances d'une opération pourtant bien grave. Le nombre des succès, quoique restreint, légitimerait peut-être cette conduite. Mais en est-il ainsi le plus souvent? A-t-on, lorsqu'on est intervenu, prolongé la vie des malades, et peut-on alors qu'on commence seulement à soupçonner l'existence d'un cancer de l'estomac dont on a observé les premiers signes, peut-on, dis-je, proposer l'intervention chirurgicale? Cette question n'a besoin que d'être posée pour être résolue.

Est-ce à dire pour cela que nous condamnions toute intervention? Telle n'est pas notre pensée : nous nous contentons d'émettre cet avis, que l'on ne doit proposer l'intervention que lorsqu'il est bien démontré qu'il n'est plus aucun autre moyen de soulager un malade qui, comme dans le cas de Péan, souffre des douleurs tellement horribles, qu'il demande ou le soulagement ou la mort. Ces faits sont exceptionnels fort heureusement d'ailleurs.

Avant d'intervenir, on devra tenir compte et de l'âge et de la résistance vitale du malade : on devra en outre ne s'y déci-

der qu'autant que les signes que présente la tumeur peuvent faire supposer qu'elle n'est pas adhérente, et qu'elle ne se propage pas aux organes avoisinants : on devra enfin se souvenir que le cancer de l'estomac est souvent secondaire, ce qui est une contre-indication absolue à toute idée d'intervention.

Des phases diverses par lesquelles a passé la résection de l'estomac; de l'observation attentive des époques auxquelles remontent la plupart des faits que nous avons pu recueillir, il résulte : qu'après un moment d'engouement pour cette opération, engouement qui s'était montré en Allemagne, où dix-huit fois les chirurgiens avaient osé intervenir, engouement contre lequel Billroth lui-même avait cru devoir protester énergiquement, on voit s'y produire une heureuse réaction.

La protestation des faits eux-mêmes, jointe à celle du professeur de Vienne, a été sans doute entendue, car dans la presse chirurgicale de ce pays nous ne trouvons dans l'espace de la dernière année, qu'un fait d'intervention. La chirurgie allemande avait cru devoir s'arrêter sur la pente fatale, et délaisser une opération plus meurtrière que le mal lui-même.

Alors que la résection de l'estomac est négligée dans le pays où elle a pris naissance, grâce au bruit qui s'était fait autour d'elle, nous la voyons faire son tour du monde. La France seule, où pour la première fois on avait dû faire la gastrectomie, la France seule résiste à l'entraînement qui s'était propagé un peu partout et auquel les Anglais avaient cru devoir obéir.

Ceux-ci d'ailleurs, après quelques mécomptes, ont suivi l'exemple de leurs précurseurs et ont complètement abandonné ce mode traitement.

Ce délaissement aujourd'hui presque complet de l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'estomac, n'est-il pas le meilleur argument que l'on puisse invoquer à l'appui de la thèse que nous soutenons : que l'on ne doit pas intervenir.

S'il est une logique à laquelle il ne soit pas permis de résister trop longtemps, c'est celle des faits; elle finit par s'imposer même aux plus aveugles, c'est-à-dire à ceux qui ne veulent pas voir. C'est elle que nous invoquons pour condamner ces opérations, généreuses peut-être, mais sûrement nuisibles aux malades et à la chirurgie.

Enfin nous n'en finirons avec toutes les considérations qu'a pu nous inspirer notre sujet qu'après avoir signalé une particularité assez importante, sur laquelle M. Kahn a attiré l'attention. Dans les trois cas où la guérison a été obtenue on a eu à faire à la forme colloïde du cancer. Ne serait-ce pas là, dit cet auteur, une voie ouverte? A cela je répondrai qu'il n'est pas possible de faire un pareil diagnostic sur le vivant, et, m'appuyant sur la thèse de M. Haussmann, qui, fouillant l'ananatomie pathologique du cancer de l'intestin, a pu trouver qu'au dessous de la substance colloïde, il existait toujours des bourgeons épithéliomateux; j'ajouterai que, dans les cas de guérison, il ne me paraît pas qu'on puisse faire jouer un rôle à la nature du cancer.

Ces diverses considérations émises, nous laisserons la parole à M. Le Fort.

Après avoir éliminé l'intervention dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac, et l'avoir sévèrement jugée, ce professeur l'aborde ainsi qu'il suit, appliquée au traitement du cancer :

« L'idée de la résection du pylore dans les cas de cancer, idée que nous ne présentions, il y a vingt ans, que sous forme de mystification, ainsi que je le rappelais dans le manuel de médecine opératoire de Malgaigne, s'est réalisée depuis trois ans sous des influences les unes légitimes et louables, les autres absolument blâmables.

« S'il est pour le médecin un spectacle douloureux, c'est celui d'un malade qu'il voit s'acheminer peu à peu vers la mort au milieu des horribles tortures de la faim. Aussi, lorsqu'il songe que la cause de ce supplice permanent, de cette

mort inévitable est une lésion encore toute locale, on comprend que le chirurgien se demande s'il ne pourrait pas sauver ce malheureux, en intervenant par une opération, quelque difficile, quelque périlleuse qu'elle puisse être, pourvu qu'elle donne au condamné quelques chances sérieuses d'échapper à la mort. Mais, à côté de cette intervention légitime et louable, il en est d'autres moins légitimes et blâmables qui ont eu pour résultat de multiplier depuis quelques années des opérations extraordinaires. L'extirpation inutile de quelques estomacs, de quelques utérus, de quelques rates, de quelques reins, de quelques corps thyroïdes, ont procuré en quelques jours, grâce à la publicité des académies et des journaux, une notoriété que n'aurait pas procurée une longue pratique plus sage, plus véritablement chirurgicale.

« Péan, sous la menace de voir son malade se suicider, confiant dans son habileté opératoire, enhardi par le succès de quelques audaces antérieures, tente le premier l'opération de la résection du pylore. Billroth, après Rydygier, suit son exemple, un premier succès l'encourage et l'éminent professeur de Vienne répète trois fois de suite l'opération. Malgré l'insuccès des autres tentatives, c'est à qui en Allemagne ajoutera son nom à la liste des opérateurs. En une année, 18 résections sont pratiquées et bientôt Billroth lui-même rappelle à la prudence ses imitateurs trop empressés. L'année 1882 ne mentionne pour l'Allemagne que trois opérations; mais elle fait son tour du monde et nous la retrouvons au Brésil, en Amérique, en Suisse, en Italie, en Angleterre et en Hollande.

« La résection du pylore pour cancer est-elle légitime, acceptable? c'est ce qu'il nous faut examiner. S'il existe en médecine un principe qui nous dit : *melius anceps remedium quam nullum*, ce principe, fort discutable du reste, a pour corollaire un autre principe, celui-là absolument inattaquable : *primo nón nocére*. Pour qu'une opération soit légitime, il faut qu'elle puisse laisser espérer comme probable la guéri-

son ou le soulagement du malade. Il faut que le risque de l'opération ne dépasse pas le bénéfice possible qu'en peut retirer l'opéré. Tels sont les principes qui doivent présider à notre jugement. La résection du pylore peut-elle laisser espérer la guérison définitive ou temporaire? Deux des cas de Billroth, un de Wolfler et de Czerny entraînent une réponse affirmative; mais cette affirmation n'est pas sans de larges restrictions. La première opérée de Billroth n'a eu en échange des formidables dangers de mort immédiate que quatre mois de survie, les trois autres ont survécu jusqu'à présent; mais combien de temps se prolongera cette guérison encore récente? L'avenir nous le dira.

« Pour que la guérison d'un cancer soit possible, il faut que le mal puisse être enlevé dans sa totalité, et pour que cette extirpation totale soit faite, il faut qu'il ne soit pas étendu au delà du pylore, qu'il n'envahisse ni les ganglions, ni une trop grande étendue du pancréas, puisque toute résection un peu large du pancréas entraîne presque fatalement la mort. Or, jusqu'à présent rien ne permet d'affirmer l'état réel des choses. Lücke fait une opération à un homme encore jeune, malade depuis peu, mangeant bien, digérant mieux encore, n'ayant jamais eu d'hématémèse, c'est-à-dire dans des conditions où, à la lecture de l'observation, on ne comprend pas qu'on puisse songer à ouvrir le ventre d'un malade. On allègue, il est vrai, que la tumeur stomacale est mobile et que le cas paraît favorable à l'opération. Et cependant, une fois les viscères mis à nu, on constate qu'il existe des adhérences intimes avec le pancréas. Des surprises analogues ont été réservées à la plupart des opérateurs. Or, quand on se trouve en présence d'une opération inutile, si elle n'est pas complète, et qui tuera le malade, si malgré tout on la complète, une opération faite pour enlever un mal dont nous ne pouvons encore aujourd'hui, deviner d'avance la nature et l'étendue, nous avons le droit de dire, malgré le succès de Billroth, de Wolfler et de Czerny, que cette opération ne peut nous laisser espérer

comme probable la guérison ou le soulagement du malade.

« Les risques ne sont pas davantage en rapport avec les bénéfices possibles. Quand il s'agit d'une de ces maladies qui menacent le malade d'une mort certaine, d'un anévrysme, d'un kyste ovarique, de certains fibromes utérins, de tumeurs thyroïdiennes comprimant la trachée, de ces maladies dont une opération peut amener la guérison définitive, on peut ne pas hésiter devant un danger certain, car, si les risques sont grands, le bénéfice est immense puisqu'on a en parallèle deux termes absolus : la mort, la guérison.

« Mais les choses se modifient beaucoup quand il s'agit de cancers. Ici, l'un des termes n'est plus que relatif puisque la guérison, le plus souvent, n'est que temporaire. L'atténuation d'un des termes entraîne l'atténuation de l'autre. Or la certitude du péril ne peut plus compenser l'incertitude du résultat. Malgré la probabilité des récidives, nous opérons les cancers du sein, de la face, de la langue, des membres, même quand il faut en faire l'amputation, parce que si le bénéfice peut n'être que temporaire, le danger de l'opération est du moins minime. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit de cancer de l'estomac : la grandeur du danger de l'opération n'est plus en rapport avec la probabilité d'un résultat favorable. Quelques mois de vie donnés à quatre malades ne compensent pas la mort de vingt-trois opérés, tués par le chirurgien.

« Sans doute on pourra dire : la mort était inévitable, si je l'ai hâtée, c'était dans l'espoir d'obtenir une guérison que seule l'opération rendait possible : *melius anceps remedium.* Mais nous pouvons répondre : *primo non nocere ;* or ici la nocuité est évidente.

« Péan avait du moins pour lui cette excuse que son malade le menaçait de suicide ; mais ce sont là des cas exceptionnels. Si l'opération est faite tardivement, quand le cancer s'est étendu au delà du pylore, la guérison de l'opération est plus que douteuse, la guérison du mal impossible ; il faudrait

donc opérer de bonne heure, c'est-à-dire avant que les vomissements incessants, la faim inassouvie aient fait entrevoir au malade la gravité de son état. Quel est le chirurgien qui osera pousser la cruauté jusqu'à dire à son malade encore confiant, qu'une mort prochaine est inévitable ? Et, s'il ne le lui dit pas, comment pourra-t-il le décider à une opération aussi terrible ? Osera-t-il dire que l'opération qu'il lui propose tue une fois sur sept, ou bien cherchera-t-il à lui cacher la gravité de l'opération ? La vie humaine doit être respectée et nous n'avons pas le droit de nous substituer à nos malades en nous faisant les arbitres de leur vie. Le chirurgien manquerait donc à son devoir si, pour déterminer un cancéreux à se laisser opérer, il lui représentait comme peu dangereuse une opération dont le danger est immense, comme certaine et définitive et même seulement probable une guérison fort aléatoire, et seulement temporaire. Malgré les quatre succès que je vous ai signalés, je continue donc à repousser, à condamner la résection du pylore.

« Cette condamnation doit-elle être sans appel ? C'est le secret de l'avenir. L'expérience des faits nous montre que presque tous les malades guéris étaient atteints d'une forme particulière de cancer, le cancer colloïde. Chez la plupart d'entre eux le début avait été brusque et la marche du mal avait présenté des caractères particuliers. Jusqu'ici l'anatomie pathologique s'était surtout préoccupée de la nature du cancer pylorique et de la corrélation des symptômes avec la lésion, afin d'arriver au diagnostic de la maladie. Dorénavant, elle aura à rapprocher le mode d'apparition, la succession, la nature des symptômes, de l'existence des adhérences, de l'existence des complications pancréatiques ou autres, dans le but de tirer quelques indices qui pourront indiquer la possibilité matérielle d'une intervention active. Jamais la résection du pylore ne sera le traitement régulier du cancer de l'estomac, mais peut-être, ce que je n'espère guère, l'avenir nous réserve-il de pouvoir, dans quelques cas exceptionnels,

accepter une opération aujourd'hui absolument inacceptable. »

Nous ferons suivre ce cours, remarquable par la clarté des considérations inspirées par un grand amour de la chirurgie et par les idées de prudence qui y sont professées avec toute l'autorité que peut donner une grande expérience et une grande érudition, de celui non moins clair, non moins précis et non moins pratique, dans lequel M. Guyon professe une doctrine absolument identique.

« Les tendances actuelles, dit ce professeur, poussent un certain nombre d'opérateurs à admettre qu'il suffit qu'une opération soit possible pour qu'ils osent l'exécuter.

« Ces tendances sont favorisées et par l'emploi des méthodes antiseptiques et par le perfectionnement de l'instrumentation, et par l'habileté incontestable de certains opérateurs.

« L'ovariotomie, si solennellement condamnée jadis, n'est-elle pas aujourd'hui tout à fait réhabilitée ? Et pourrons-nous devant un pareil exemple prononcer un verdict ?

« Si nous ne devons pas condamner une opération sans l'avoir étudiée sous toutes ses phases, nous devons du moins examiner si les faits publiés ne la condamnent pas et si l'expérience acquise nous autorise à ne pas formuler sur elle un jugement sévère. C'est ce que nous avons cru devoir faire pour les résections de la région pylorique de l'estomac ; car rarement le pylore seul a pu être réséqué.

« Pour être bien récente dans son début, cette opération n'en compte pas moins une statistique déjà considérable. Depuis 1879 jusqu'en 1883, cinquante-neuf malades ont été soumis à cette tentative chirurgicale; il est vrai de dire que sur ce chiffre déjà respectable, vingt-huit fois seulement l'opération a pu être menée jusqu'au bout.

« Devons-nous regretter que toutes ces tentatives sauf une, la première. aient été exécutées dans les pays étrangers ? L'étude analytique des faits va, je crois, nous donner la réponse.

« Nos études cliniques et anatomo-pathologiques nous permettent de conclure que le cancer de l'estomac est un des plus fréquents de l'économie. Brinton a pu établir qu'il figurait dans les statistiques pour un tiers des cas environ. Quant au siège on le trouverait au pylore dans la proportion de soixante pour cent. Nos recherches, basées sur les cas publiés dans le bulletin de la Société anatomique, nous permettent de n'accepter que la proportion de quarante pour cent. Sur les 143 cas que nous avons relevés, nous avons trouvé le pylore envahi quarante-cinq fois, en même temps que d'autres parties de l'organe. Dix-sept fois seulement le pylore restait seul envahi par le cancer. Dans les 28 premiers cas, le cancer n'était pas justiciable de l'intervention. Cette donnée doit donc refroidir tous ceux qui ne se contentent pas seulement de rechercher la possibilité de l'opération ; mais qui veulent aussi qu'elle puisse être utile.

« Or, s'il est établi qu'un des caractères du cancer de l'estomac c'est sa tendance à envahir les parties avoisinantes ; ce que Lebert a mentionné, en constatant ces faits, 1° que 32 fois sur 57 il en était ainsi, 2° qu'alors le foie paraissait le plus souvent atteint (15 fois sur 32), 3° enfin que venaient ensuite les ganglions, l'épiploon, le péritoine, le pancréas, la rate, le rein, l'ovaire et même les ganglions bronchiques, les poumons, l'encéphale et le système nerveux ; on peut voir quelles difficultés peuvent s'offrir à l'opérateur soucieux de ne pas nuire à ses malades.

« Il est vrai de dire que Brinton, dans sa statistique, ne mentionne l'existence de la généralisation que dans la moitié des cas environ (210 fois sur (437), tandis que nos relevés, puisés à la Société anatomique et par conséquent peu discutables, nous donnent un chiffre de 70 cas de propagation sur 413, soit 62 0/0, ce qui confirme la statistique de Lebert.

« Cette donnée importante de l'existence de la lésion aux parties voisines ne doit pas nous en faire oublier une autre, qui, de l'avis des pyloristes eux-mêmes, si j'ose les appeler

ainsi, est le plus sérieux obstacle qui se soit opposé à la marche régulière de leur opération. Je veux parler des adhérences. Or, ces adhérences on les a trouvées cinquante-quatre fois sur cinquante-neuf; il ne nous reste donc que 5 cas où le cancer ne présentait ni adhérences ni propagation.

« Il résulte de ces deux données, empruntées à l'anatomie pathologique, que rares sont les cas propices à l'intervention opératoire. Existe-t-il maintenant des symptômes qui nous permettent de préciser quels ils sont ? D'un accord unanime, ils sont considérés comme obscurs et incertains au début; d'un accord unanime, l'amaigrissement précoce est considéré comme un phénomène assez constant pour que, lorsqu'il survient brusquement chez un homme qui a atteint la cinquantaine et qui accuse de mauvaises digestions, son apparition soit le plus souvent considérée comme ayant une signification redoutable.

« Ainsi, alors que le cancer est presque latent, qu'il ne s'est révélé par aucun symptôme bien précis, l'économie est déjà profondément atteinte, ce qui contre-indiquerait encore ici l'intervention, même dans la période de la lésion.

« Plus tard, dans la deuxième, existe-t-il des symptômet indicatifs certains qui puissent nous assurer le diagnostic ? Sur les 113 cas déjà cités, 34 fois seulement on a pu diagnostiquer le cancer, et dans ces 34, il en est plusieurs où le diagnostic n'a été porté que dans les derniers jours qui précèdent la mort. Il s'agissait cependant dans tous ces cas de malades observés d'une façon particulière, à l'hôpital, par les médecins les plus expérimentés et les plus attentifs.

« Si pour diagnostiquer la nature de la lésion on se trouve si souvent aux prises avec des difficultés presque insurmontables, comment pourrons-nous arriver à en limiter exactement le siège? Deux ordres de symptômes peuvent, dit-on, fournir des probabilités, sinon une certitude; c'est, d'une part, le vomissement; d'autre part, la tumeur à l'épigastre. Le vomissement est en effet un symptôme presque constant;

mais tandis que chez certains cancéreux il se produit dès le début, et persiste durant tout le cours de la maladie, chez d'autres il survient seulement à la fin, et quelquefois même n'apparaît pas du tout.

« Quand il est constaté, est-il démontré que lorsqu'il se produit quelques heures après le repas et avec une périodicité manifeste, est-il démontré, dis-je, qu'on soit autorisé à établir le siège du rétrécissement au pylore ? Cela est probable, mais de là à être certain, il y a encore loin ; c'est là ce que vient confirmer l'observation.

« Quant à la tumeur épigastrique, elle a été assez peu souvent notée, Brinton l'aurait trouvée vingt fois sur cent. Il paraît acquis que lorsqu'elle apparaît, le mal a déjà pris le plus souvent de profondes racines.

« Ces symptômes seraient-ils enfin assez nets pour que le siège et la nature de la lésion ne pussent être mis endoute, qu'il sera de notre devoir de rechercher encore les signes qui nous permettront d'établir que la lésion n'est pas généralisée à d'autres organes, qu'elle est isolée et par conséquent opérable. Ces derniers sont peu ou pas probants pour la plupart. Il en est un cependant qui mérite d'attirer l'attention ; il réside dans l'augmentation de volume du foie, et peut être constaté par la palpation et la percussion de cet organe.

« En résumé, il reste établi que le diagnostic du cancer lui-même, très difficile souvent dans la première période, reste souvent impossible même dans les périodes les plus avancées. Quant au diagnostic du siège, il n'est présumable que lorsque la tumeur épigastrique se montre, et il est par conséquent tardif. La nature et la périodicité des vomissement eux mêmes n'affectent la forme pylorique que tardivement.

« Reste maintenant le diagnostic des complications qui ne peut être établi que lorsque le foie en est le siège, encore même dans ce dernier cas l'examen ultérieur réserve-t-il des surprises.

« Toutes ces données devaient nous faire prévoir ce que

pouvaient nous réserver les tentatives chirurgicales, ayant pour but la cure du cancer de l'estomac.

« Aussi n'avons-nous pas été surpris quand nous avons trouvé que sur 59 cas, 28 fois seulement l'opération avait pu être terminée, et que les suites en avaient presque toujours été néfastes. Quant aux trente et un autres cas restant, les chirurgiens ont caché leur défaite en les rangeant sous la rubrique de laparotomie exploratrice.

« On nous dit, il est vrai, qu'aucun de ces derniers malades n'a succombé à l'opération. Mais en a-t-il retiré un bénéfice, et doit-il se déclarer satisfait de savoir à son réveil que sa maladie, quoique bien diagnostiquée maintenant, n'en reste pas moins incurable ? Nous a-t-on indiqué d'ailleurs en relatant ces observations le temps qu'avaient survécu ceux sur qui de pareilles tentatives avaient été faites ?

« Nous voilà maintenant en présence de 29 observations, les résultats obtenus vont-ils du moins être favorables ? Ce n'est certes pas l'impression qui nous reste de leur étude. Quatre survivants sur 28 opérés, tel est le bilan de cette opération. De ces quatre survivants deux sont morts six et sept mois après l'opération ; les deux autres vivaient encore lorsque l'observation a été complétée, l'une après cinq mois, et l'autre après un an. Ces deux succès opératoires, rien ne faisait présager qu'ils ne persistassent encore longtemps. Les malades peuvent donc être considérés comme bien guéris. Ces deux succès ont été obtenus sur des femmes offrant une grande résistance au moment de l'opération et atteintes de cancer colloïde, l'une, la première avait 36 ans, la deuxième 52. Nous devons regretter que l'examen microscopique ne renferme pas plus de détails. (Cas de Czerny, Billroth, Wolfler.)

« Or si nous calculons la moyenne de vie des cancereux pyloriques abandonnés au traitement médical, nous trouvons qu'elle oscille entre 12 et 15 mois. Et encore, convient-il de remarquer que cette durée n'est calculée qu'à partir du moment où ont été observés les premiers symptômes indicatifs,

de sorte que la moyenne ainsi obtenue est certainement inférieure à la réalité, la période du début passant d'ordinaire inaperçue.

« Que conclure maintenant de toutes ces données ? Nous conclurons que pour justifier une opération aussi incertaine et aussi grave, qui donne comme résultats 31 cas laissés en route et 24 morts sur 29, dont la plupart dans les 24 ou 48 heures, il ne suffit pas de dire que l'on voulait guérir des malades condamnés à mourir fatalement, et à traîner une vie on ne peut plus malheureuse, il faut avant tout s'assurer que l'opération n'entraînera pas presque fatalement la mort du pauvre patient.

« Oui, pour que l'on ose tenter une opération, il faudrait être bien assuré que le malade en bénéficiera ; et il n'y a qu'un moyen pour cela, c'est de n'opérer que dans de bonnes conditions. Or, que nous disent les faits d'intervention dans le cancer de l'estomac ? Il nous disent que deux fois le malade paraît en avoir largement bénéficié, que deux fois on n'a certainement pas prolongé son existence, et que 25 fois l'opération a fait l'œuvre que la lésion n'aurait certainement pu faire que beaucoup plus tard.

« Voilà ce que nous disent les faits :

« Représentons-nous donc maintenant la situation dans laquelle se trouvaient les cancereux à la période où on est généralement appelé à faire l'opération ?

« L'œuvre destructive du cancer ne s'est-elle pas déjà appesantie sur eux ? N'a-t-elle pas déjà miné profondément leur organisme, si je puis m'exprimer ainsi ? Et ce serait dans ces conditions qu'on se déciderait à intervenir ! Certes il faudrait avoir une foie bien robuste pour espérer que la réussite va couronner de telles entreprises. »

M. Guyon examine ensuite ce qu'a produit l'intervention dans l'ulcère simple de l'estomac et conclut ainsi :

« Si cette opération, dit-il, n'est pas destinée à faire honneur à la chirurgie ; elle est en revanche la preuve de l'habi-

zeté opératoire de certains des chirurgiens qui l'ont pratiquée; la technique en a été certainement poussée à un très haut degré de perfection; et Rydygier et Billroth y ont contribué pour une grande part.

« Toutes ces considérations nous prouvent enfin ce qu'on peut espérer de la puissance de la chirurgie bien dirigée pendant l'acte opératoire, et bien assurée par les méthodes de pansement; mais elle nous démontre aussi ce que peut avoir d'hasardeux l'extension trop indéfini de tentatives opératoires et thérapeutiques trop téméraires.

« Nous ne devons point nous laisser éblouir par un succès opératoire qui nous enhardit à entrer dans le domaine de l'inconnu; si nous avons présents à l'esprit les revers et les désastres qu'ont provoqués le plus souvent des tentatives opératoires bien hardies.

« Nous saurons résister à l'entraînement d'idées généreuses que nous croyons utopiques et dont l'application ne saurait à n'en pas douter qu'être nuisible à la plupart des malades. »

CONCLUSIONS.

Nous avons vu que parmi les procédés d'intervention appliqués au cancer de l'estomac, il en est un la gastrectomie, qui pour but la cure radicale, tandis que la gastro-entérotomie est appliquée dans le seul but de pallier à la gravité de la faim et de la soif qu'accusent certains malades atteints de cancer du pylore, et à prolonger leur existence.

Nous avons vu aussi que cette intervention a été plutôt nuisible qu'utile, que nos maîtres se sont prononcés formellement dans le sens de la non-intervention.

Quant aux choix du procédé, pour le présent, il n'y a pas lieu de s'y appesantir. Peut-être l'avenir pourra-t-il modifier notre jugement; mais en présence des faits que nous avons

sous les yeux, nous sommes autorisé, je crois, à les considérer aussi nuisibles l'un que l'autre.

Pourrait-il d'ailleurs en être autrement lorsque, parmi les symptômes, il n'en est pas qui puissent nous permettre de préciser nettement le siège exact du cancer, ni son étendue locale, ni sa généralisation dans les viscères. Cela a cependant une importance, j'oserai dire capitale, dans le cas présent, où pour nous décider à une opération aussi grave, nous devrions pouvoir non seulement affirmer que le cancer siège à un point fixe et déterminé, mais qu'il est encore exempt de ces complications, que nous avons vues être si fréquentes. Malheureusement il n'en est jamais ainsi, et le chirurgien n'a pu avant l'opération que recueillir des données confuses sur tous ces points de diagnostic.

Rien de bien nettement précis ne le poussait à tenter une opération, que ses données cliniques et anatomo-pathologiques semblaient devoir proscrire.

La pratique de ces dernières années a d'ailleurs plainement confirmé les prévisions qu'avait pu faire naître cette étude et une fois encore la saine observation restant ici maîtresse du champ de bataille, contraint les plus osés à reconnaître la puissance souveraine des lois cliniques et anatono-pathologiques confirmées toujours par les faits.

CANCER DE L'INTESTIN GRÊLE ET DU GROS INTESTIN

Si nous réunissons ainsi dans un même chapitre ces deux parties du tube digestif ; c'est parce qu'il est le plus souvent difficile d'établir d'une façon précise où siège l'occlusion occasionnée par le cancer, et en outre parce que l'intestin grêle est très rarement atteint primitivement par le cancer. Grisolle ne dit-il pas à ce sujet : « il est parfaitement établi que le cancer est très rare dans le jejunnm et dans l'iléon. » Cette rareté n'est pas cependant aussi grande que semblerait le faire supposer cette citation, car il résulte de travaux publiés dans ces dernières années, l'un sous l'inspiration de M. le professeur Potain, l'autre sous celle de M. le professeur Duplay, que la proportion des cancers de la fin de l'iléon, surtout à sa jonction avec le cæcum, est plus grande qu'on ne l'avait supposé (1).

Dans les données étiologiques de ce dernier travail nous trouvons que si les cancers sont excessivement rares jusqu'à 20 ans, dès cet âge leur nombre va progressivement en augmentant, jusqu'à 59 ans, où il atteint son maximum pour

(1) Voir les thèses de MM. Hausmann et Journet intitulées, l'une : « Etude sur le cancer de la terminaison de l'intestin grêle »; l'autre : « Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin, étiologie et anatomie pathologique. »

décroître ensuite. Voici d'ailleurs la proportion que nous empruntons à la thèse de M. Haussmann.

De 1 à 9 ans.	5 cas.	De 50 à 59 ans.	51 cas.
De 10 à 19 —	4 —	De 60 à 69 —	31 —
De 20 à 29 —	24 —	De 70 à 79 —	16 —
De 30 à 39 —	38 —	Le 10 à 83 —	2 —
De 40 à 49 —	46 —		

Quel que soit l'âge auquel se anifeste cette terrible affection, elle se présente sous deux formes, l'une oblitérante, et l'autre cachectique. Dans la forme cachectique, l'intervention chirurgicale n'a pas sa raison d'être : aussi les symptômes de la forme oblitérante seuls devront-ils nous occuper.

Nous les diviserons en symptômes du début et symptômes d'état; et nous les étudierons dans la forme permanente aiguë, et dans la forme intermittente chronique. Ces symptômes sont les suivants :

Bien que, d'après M. Besnier, les phénomènes du début fassent souvent défaut, nous croyons d'après les observations relatées par M. Journet, qu'il n'en est pas ainsi le plus souvent, et que, s'ils peuvent varier au moment de leur apparition, ils sont constants quand on les recherche.

Dans les cas même où l'occlusion survient brusquement, il est certains phénomènes précurseurs qui peuvent parfois éclairer le diagnostic de la cause. Depuis longtemps le malade ressentait des coliques plus ou moins vives, constantes parfois le plus souvent intermittentes, d'autres fois sourdes, continues, présentant des exacerbations; leur siège était dans la fosse iliaque droite ou à l'épigastre; et elles coïncidaient avec des troubles dyspeptiques souvent très accusés et datant déjà de longtemps.

A cette période du début, qui peut avoir une durée de 4 à 6 mois succède la période d'état; c'est alors que la constipation précédée de la sortie de matières fécales affectant la forme rubanée, vient surprendre les malades; elle est l'avant-courrier de tout le cortège symptomatique de l'occlusion intes-

tinale définitive : Acuité plus vive avec apparition brusque de la douleur. Rétention complète des gaz et des matières fécales; nausées précédant les vomissements, alimentaires d'abord, intestinaux ensuite, météorisme, quelquefois assez intenses pour que les anses intestinales soient très apparentes au-dessous de la paroi abdominale, remarquables par leur distension exagérée et quelquefois par les contractions convulsives qu'elles présentent et aussi par la disposition qu'elles affectent suivant le siège de l'occlusion, ce qui a permis à Laugier de leur faire jouer un rôle dans le diagnostic du siège.

A ces phénomènes correspond un état général des plus graves. La respiration du malade devient fréquente et affaiblie, la voix cassée et éteinte, soudain un hoquet continu ou intermittent vient augmenter les douleurs du pauvre patient. Son nez devient pincé, ses traits s'étirent, ses yeux s'excavent; une sueur froide perle sur son front; son pouls, de plus en plus faible, marque que les forces diminuent de plus en plus et que la circulation sanguine est entravée. L'examen de la température qui descend parfois de deux à trois degrés au-dessous de la normale vient confirmer ce fait, et coïncide avec la diminution de toutes les sécrétions glandulaires. Tous ces phénomènes, qui mettent habituellement de six à huit jours pour évoluer sont les précurseurs de la mort, qui est absolument certaine, si dès les premiers jours le chirurgien ne se décide pas à intervenir.

Il n'en est plus ainsi dans la forme intermittente chronique ; cette variété qui est le plus communément observée ; n'a plus la marche foudroyante de celle que nous venons de décrire.

Outre les symptômes précurseurs qui sont toujours les mêmes dans les deux cas, ce qui caractérise ici l'existence du cancer de l'intestin, ce sont des alternatives fréquentes de diarrhée et de constipation, cette dernière, accompagnée parfois de vomissements alimentaires et bilieux. Une particularité importante mérite d'être citée dans la symptomatologie ; c'est par-

fois la brusquerie avec laquelle disparaissent des phénomènes d'une gravité telle qu'ils avaient pu faire craindre la mort. C'est dans ces cas qu'on voit survenir ces débâcles, précurseurs du bien-être que pourra goûter le malade jusqu'à ce qu'une autre crise suvienne, celle-la enfin définitive. Les symptômes généraux sont les mêmes que précédemment. Quant aux symptômes locaux ils se réduisent à un : le chirurgien pourra constater l'existence d'une tumeur dont le siège sera dans une des deux fosses iliaques, le plus souvent à gauche. La constatation de cette tumeur est le meilleur élément de diagnostic du siège et de la cause de l'occlusion que nous puissions invoquer. Si je n'ose conseiller l'exploration du gros intestin par la main introduite dans ce dernier aussi profondément que possible suivant la méthode de Simon, c'est que ces manœuvres ont entraîné parfois des accidents assez graves. L'introduction d'une sonde permettra parfois de reconnaître l'existence du cancer sur l'S iliaque. Enfin si, faisant donner un lavement au malade, nous auscultons les parois abdominales, nous arriverons parfois à constater le point où s'arrête le flot liquide. La quantité d'eau introduite pourra nous faire aussi présumer si le cancer obstrue le gros intestin ou dans sa partie terminale S. iliaque ou dans sa partie initiale cæcum. Car on sait que c'est là habituellement que la diathèse se manifeste. Ce sont là, sommairement résumés, les seuls symptômes qui seront pour nous d'une utilité assez grande ; aussi nous bornerons-nous à cette énumération.

Avec de tels éléments, il sera encore souvent difficile de bien diagnostiquer la véritable cause de l'occlusion ; d'ailleurs quelle que puisse être cette cause, l'occlusion nécessite toujours l'intervention chirurgicale.

En présence d'un sujet non cachectique atteint d'occlusion de l'intestin due à l'invasion cancéreuse, s'il offre encore une résistance qui laisse entrevoir que la mort ne sera pas la suite inévitable de l'opération, surtout lorsque cette occlusion

se présentera sous la forme permanente aiguë, qui fatalement se terminerait toujours par la mort, le chirurgien ne doit pas hésiter à intervenir en choisissant le moyen d'intervention qui conviendra le mieux.

Les moyens d'intervention sont au nombre de trois. Pour faire leur description, nous puiserons dans la thèse d'agrégation de M. Peyrot, dans les ouvrages classiques et dans les revues.

Les phases par lesquelles a passé le manuel opératoire étudiées à propos des diverses méthodes proposées nous dispenseront de faire un long historique distinct.

MANUEL OPÉRATOIRE

La création d'un anus artificiel se fait en deux points de la paroi abdominale : antérieurement et postérieurement ; celle qui consiste à créer un anus artificiel antérieurement nécessite l'ouverture du péritoine, et porte le nom d'entérotomie : Dans la deuxième opération, dite *colotomie lombaire*, on peut aborder le côlon sans ouvrir la cavité péritonéale. Ces deux opérations présentant des particularités intéressantes méritent d'être étudiées à part.

A. Entérotomie intra-péritoniale. — Suivant que l'on ouvre l'intestin à droite ou à gauche, le procédé opératoire porte le nom de son inventeur, Nélaton ou Littre.

Les règles de l'opération pour le côté droit, Nélaton les a exposées dans son traité de pathologie chirurgicale. Elles doivent être reproduites *in extenso*.

L'opération de l'entérotomie sera pratiquée de la manière suivante :

Le malade est en supination, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin.

« Nous incisons la paroi abdominale à la région droite ou gauche indifféremment, suivant les cas (jusqu'ici nous avons toujours incisé à droite). Sur le trajet d'une ligne parallèle au

ligament de fallope, un peu au-dessus de cette ligne et en dehors de l'artère épigastrique cette incision peut avoir 7 centimètres environ d'étendue dans sa partie superficielle et 4 dans sa partie profonde. Elle comprend successivement la peau, la couche celluleuse sous-cutanée, les muscles grand et petit obliques et transverse, le fascia transversalis. Arrivé sur le péritoine, nous y pratiquons en dédolant une petite ouverture que nous agrandissons sur la sonde cannelée. On liera les artérioles qui donneraient du sang. Les anses du bout supérieur très dilatées par les gaz et par les matières sont facilement reconnues et d'ailleurs, elles se présentent ordinairement d'elles-mêmes et tendent à faire hernie.

Le temps le plus délicat de l'opération est celui de l'incision de l'intestin ; nous y procédons de la manière suivante :

L'anse intestinale se présentant d'elle-même à la plaie extérieure, on ne doit pas chercher à la faire sortir au dehors, ni à l'inciser tout d'abord, comme dans le procédé ordinaire.

Nous commençons par la fixer à la paroi abdominale par deux points de suture établis aux deux extremités de l'incision. L'intestin, ainsi assujetti, est alors perforé au milieu et à distance égale des deux anses de la plaie par une aiguille ourbe, munie de son fil, laquelle traverse ainsi la paroi antérieure de l'abdomen de dehors en dedans, puis, de dedans en dehors, revient perforer une des lèvres de la paroi abdominale, pour sortir à quelques millimètre dans l'épaisseur de cette lèvre : on forme ainsi un point de suture qui comprend dans son anse une partie du calibre de l'intestin et le bord profond de la plaie abdominale. Avec une autre aiguille, on en fait autant à la lèvre opposée, en faisant passer cette dernière aiguille par le même point, que la première a traversé pour perforer l'intestin de dehors en dedans : ceci fait, on continue de la même manière les autres points de suture et c'est seulement lorsqu'on en a fait un nombre suffisant (cinq

de chaque côté environ) que l'on incise l'intestin dans l'étendue de 2 centimètres au plus entre les points de suture.

Les matières ne peuvent ainsi échapper au dehors, que quand la boutonnière abdominale est dans un contact parfait avec les lèvres de la plaie abdominale, et ne peuvent par conséquent tomber dans la cavité péritonéale. »

Il résulte de l'exposé succinct de ce procédé que l'opérateur devra éviter l'entrée du sang et des matières fécales dans la cavité péritonéale. Toutes les précautions devront être prises dans ce sens ; là ne se borne pas toute l'action du chirurgien. Il ne doit pas négliger les soins consécutifs, qui peuvent assurer le succès de l'opération. Dans le cas présent, ils devront tendre à empêcher l'inflammation de la séreuse péritonéale. Pour cela, des émissions sanguines, des émollients, l'emploi de légers laxatifs pourront permettre d'atteindre ce but. L'alimentation du malade devra aussi être l'objet d'une très grande surveillance, car la moindre imprudence peut dans ces cas compromettre un succès opératoire.

Si les choses se passent le plus souvent ainsi que nous le trouvons indiqué dans le manuel opératoire de Nélaton, le chirurgien doit être prévenu que certains accidents peuvent venir entraver la marche de l'opération, la procidence de l'intestin par la plaie de l'abdomen, par exemple. Dans ce cas, après avoir lavé l'intestin avec une solution d'eau phéniquée tiède et faible, on procédera avec prudence à sa réintégration. Le moyen le plus sûr d'éviter cet accident, c'est d'appliquer strictement les règles assignées par Nélaton aux dimensions que l'on doit donner à la plaie abdominale.

Au lieu de trouver l'intestin grêle, le chirurgien verra parfois saillir les anses du gros intestin. Devra-t-il alors essayer de réduire pour amener l'intestin grêle. Non, dirons-nous, en nous appuyant sur l'expérience de nos maîtres. Si le cæcum se présente ainsi, c'est que l'obstacle siège dans le gros intestin ; et on sait d'ailleurs que le malade ne peut

que bénéficier de ce que l'ouverture est faite le plus bas possible.

Quant à l'opération de Littre, elle peut être pratiquée avec une grande sécurite si on tient compte des modifications proposées par M. le professeur Richet. Voici d'ailleurs ce manuel opératoire tel que le décrit M. Richard (Thèse de Paris 1875):

« Côté gauche :

« Les points de repère pour faire l'incision sont les suivants : le milieu de l'arcade crurale et l'épine iliaque antérieure et supérieure. On pratique à 3 centimètres au-dessus de l'arcade crurale une incision oblique de bas en haut et de dedans en dehors, en s'arrêtant à 3 centimètres de l'épine iliaque. Cette incision peut avoir de 7 à 8 centimètres : on incise successivement et avec précaution, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les couches musculaires et aponévrotiques jusqu'au péritione, en ayant soin, bien entendu, d'étancher le sang.

« Avec des ciseaux ou un bistouri, on pratique une boutonnière au péritoine pariétal, et à l'aide d'une sonde cannelée, on agrandit cette ouverture dans le même sens que l'incision cutané. La fenêtre pratiquée au péritoine peut avoir 3 à 4 centimètres. L'intestin que l'on reconnaît aux bandes longitudinales, vient faire hernie. L'index et le médius gauche compriment l'intestin, l'opérateur armé d'une aiguille avec fil d'argent, le transperce de part en part ainsi que les bords de l'orifice du péritoine pariétal. L'intestin est fixé par un nombre de sutures qui varie de dix à quatorze.

« On panse la plaie sur laquelle on applique une petite vessie remplie de glace, et l'on attend cinq ou six heures s'il n'y a point d'indications trop pressantes pour ouvrir l'intestin. Ce temps est destiné à laisser la lymphe se déposer et à permettre l'établissement d'adhérences entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral, qui recouvre la portion d'intestin que l'on a fixée. On incise alors l'intestin dans une

étendue de 2 à 3 centimètres, et toujours « dans le même sens que la première incision ». L'opérateur, on le voit, n'a d'autre but que d'aller à la rencontre de l'S iliaque pour l'ouvrir sans hésitation. Ce procédé par ses applications rentre dans les colotomies proprement dites, tout en différant d'elles par l'ouverture du péritoine. On pourrait dire qu'il s'agit d'une colotomie intra-péritonéale.

Quant aux soins consécutifs, on ne doit pas hâter la sortie des matières fécales et des gaz, quelquefois ils sortent brusquement et en grande abondance et d'autres fois s'écoulent avec lenteur et régularité. Dans ce dernier cas, un tube sera introduit dans l'anse intestinale pour faciliter l'issue des matières contenues dans l'intestin. Si ces matières sortaient difficilement, grâce à leur dureté et à leur épaisseur, un lavement d'eau tiède suffira le plus souvent à les délayer et à favoriser leur sortie. Pour éviter enfin les accidents qui peuvent survenir après cette opération, on devra se souvenir des préceptes qui on été formulés dans le passage où nous avons cru devoir parler des soins consécutifs à l'entérotomie de Nélaton.

Dès que la guérison sera définitivement obtenue, comme dans le cas de cancer, on ne peut pas songer à rétablir le cours des matières fécales par le bout inférieur, la plus grande propreté devra être entretenue au niveau du trajet fistuleux ; on devra en outre tenter d'obtenir l'occlusion temporaire de ce trajet, à l'aide d'obturateurs, parmi lesquels celui qu'a fait construire M. Richet pour un de ses opérés, paraît mériter la préférence. Cet appareil a été décrit par M. Peyrot dans sa thèse (p. 192 et 193).

B. Colotomie lombaire. — L'absence du péritoine sur la partie postérieure du côlon, facilement accessible au niveau du muscle carré des lombes, la commodité plus grande qui résulte du siège de l'anus artificiel dans cette région, avaient fait naître dans l'esprit de Callissen l'idée de la colotomie lombaire; il ne la mit cependant à exécution que sur un en-

fant mort. Grâce à l'incision longitudinale qu'il avait cru devoir adopter et à l'oubli des points de repère il ouvrit la cavité péritonéale.

Amussat reprit plus tard cette idée, et apporta les modifications qui devaient en rendre l'application beaucoup plus facile et en même temps que plus certaine. Voici le manuel opératoire tel que nous le trouvons dans le *Manuel médecine opératoire* de Malgaigne, revu par Le Fort.

Après avoir énuméré les considérations anatomiques propres à permettre à l'opérateur de ne pas marcher à l'aveugle dans le cours de son opération, considérations différentes, suivant qu'on la considère chez l'adulte et chez l'enfant, il indique les procédés de Callissen et d'Amussat ainsi qu'il suit :

Dans le premier cas, « les couches à diviser sont la peau, le tissu graisseux sous-cutané, au-dessous de celui-ci, le grand dorsal en arrière, le grand oblique en avant; plus profondément, le petit oblique, puis le transverse avec les lames celluleuses qui les séparent, puis l'aponévrose du transverse, comme aussi le carré lombaire; puis la couche adipeuse qui recouvre l'intestin, et enfin l'intestin lui-même. »

« Il n'y a d'ailleurs à blesser que l'un des nerfs dorsaux, accident insignifiant, et des artérioles sans importance. Mais les rapports de l'intestin avec le péritoine réclament une sérieuse attention.

Presque constamment le côlon descendant est dépourvu de péritoine dans le tiers postérieur de sa circonférence. Mais l'espace dans lequel il est ainsi en dehors de la séreuse est très variable, et il faut d'autant plus prendre garde de léser le péritoine en dehors que cette membrane en ce point est très mince et presque adhérente à l'aponévrose du transverse, et aucun indice certain n'avertit de cette limite; bien plus, la position seule nous avertit que nous sommes sur le côlon plutôt que sur un autre intestin qui serait recouvert du péritoine pariétal; car des trois bandelettes longitudinales qui

auraient pu nous servir de guide, l'une se trouve en avant, l'autre en dedans, et la troisième en dehors, et c'est l'espace compris entre ces deux dernières que nous avons à attaquer en arrière. Heureusement, dans les cas où l'opération est nécessaire, l'intestin est généralement distendu par des matières fécales et par des gaz. »

Ces données étant présentes à notre esprit, « le malade sera couché sur le ventre avec une inclinaison légère du côté droit, après avoir placé un ou deux coussins sous son abdomen. A deux travers de doigt, au-dessus de la crête iliaque, une incision partant du bord externe de la masse commune au sacro-lombaires et au long dorsal, longue de 4 à 5 travers de doigt et dirigée transversalement en dehors donnera accès sur le grand dorsal, qu'il faudra diviser en travers dans le tiers postérieur de l'incision et sur le grand oblique qu'on divisera dans ses deux tiers antérieurs ; c'est alors que nous trouverons le petit oblique, le transverse et l'aponévrose. »

Une incision cruciale, faite sur ces divers muscles, facilitera l'accès de la région et rendra plus facile la recherche de l'intestin ; c'est alors qu'apparaîtra le tissu cellulaire qui enveloppe le côlon ; c'est ce tissu adipeux qu'on devra enlever avec la plus grande précaution ; cela fait, on s'assurera de la position de l'intestin et de ses limites. »

Cet intestin, qu'on reconnaît facilement sur le cadavre, grâce à sa coloration verdâtre, n'est pas aussi aisé à découvrir sur le vivant ; aussi cette opération, qui a été faite beaucoup plus souvent en Angleterre qu'en France, a-t-elle été l'objet d'études tendant à rendre la recherche du côlon à la fois facile et certaine ; elles ont entraîné certaines modifications du procédé opératoire dont nous venons de donner la description.

Ainsi, Allingham veut qu'on précise les points de repère : l'erreur ordinaire, dit-il, consiste à chercher le côlon trop loin de la colonne vertébrale ; c'est cette tendance qui fait qu'on ouvre la cavité péritonièle, et que celle-ci ouverte, une hernie

de l'intestin grêle vient empêcher la recherche du côlon et compromettre gravement le succès de l'opération.

Si le bord libre du muscle carré des lombes était toujours apparent, ce serait là un excellent point de repère; mais il n'en est pas ainsi, grâce à la distension de la paroi abdominale et à l'œdème fréquent qui siége dans cette région. Aussi, Allingham a cherché un point de repère plus sûr. Sur la crête de l'os des îles à deux centimètres en arrière du milieu de la crête iliaque entre les épines iliaques supérieure et postérieure, il a découvert un point précis. Si, dit-il, on abaisse du rebord des côtes une verticale sur ce point, on est sûr que le côlon se trouve dans cette direction.

Cet opérateur veut, en outre, qu'au lieu d'être couché sur le ventre, le malade soit couché sur le côté droit, fortement incliné, cela pour éviter sur les flancs une saillie incommode. Le malade étant maintenu dans cette position grâce à l'application de coussins sur le ventre et sur le dos, Allingham veut que l'opérateur se place devant le malade; contrairement à l'opinion émise par d'autres qui veulent qu'il se place derrière lui. S'il préfère cette position pour le chirurgien, c'est parce que ce dernier est moins exposé à faire les incisions profondes trop en avant, et à ouvrir ainsi le péritoine.

On peut objecter à cet avantage que, placée ainsi, la plaie ne se présente plus aussi nettement à la vue, surtout lorsqu'elle devient drofonde.

A son tour, Bryant préconise une incision oblique descendant de haut en bas et d'arrière en avant de la dernière côte à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette incision, qui doit avoir une longueur de quatre pouces, lui paraît avantageuse, parce qu'elle suit la direction des vaisseaux et nerfs de la région, qu'elle permet de découvrir sur une plus large étendue le bord du carré des lombes, et enfin parce qu'il a pu constater que le prolapsus de l'intestin était moins fréquent avec l'incision oblique qu'avec le deux autres.

Quel que soit enfin le procédé qu'on ait adopté, que l'on

ait eu recours à l'incision longitudinale, oblique ou transversale, ou enfin cruciale, ainsi que le recommandait Amussat chez les personnes obèses, les tissus sous-jacents étant divisés avec les précautions indiquées précédemment, on tombera sur du tissu adipeux, qu'avec la sonde cannelée on enlèvera pour découvrir le côlon. Celui-ci découvert, on s'assurera, grâce à l'aspect grisâtre sous lequel il se présente, à sa distension, grâce enfin à la palpation qui permettra de sentir la crépitation gazeuse et des masses fécales plus ou moins dures, on s'assurera, dis-je, que c'est bien le colon qui se trouve au fond de la plaie.

Crampton : 1845, et Amussat ont indiqué le signe distinc tif suivant : « Le petit intestin suit les oscillations respiratoires; le gros intestin n'y participe pas. » Allingham, pour faciliter la recherche de l'intestin, après avoir prôné les injections d'eau dans le rectum qu'il considère comme nuisibles, leur préfère les injections d'air qui ne peuvent pas nuire à l'opéré.

Le côlon enfin reconnu, on le fixera par deux points de suture, l'un supérieur, l'autre inférieur. Les deux bords seront ensuite suturés soit avec des fils de soie ou des fils métalliques. Cette partie de l'opération terminée, on nettoiera la plaie, puis on pratiquera l'incision de l'intestin. C'est alors qu'on verra sortir des gaz et des matières fécales en abondance, et cesser ce ballonnement qui menaçait de compromettre à lui seul la vie du malade.

C'est là ce qui a lieu lorsque les matières contenues dans l'intestin sont molles; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et leur dureté est parfois assez grande pour empêcher leur sortie. Dans ces cas, avec le doigt ou avec une curette, l'opérateur devra lever cet obstacle et compléter ensuite le nettoyage de l'intestin par des injections d'eau tiède légèrement phéniquée.

Quant aux sutures, le chirurgien s'inspirera de l'état de la plaie pour les enlever. Bien qu'il n'existe pas de règle fixe à

cet égard, ce n'est habituellement que trois ou quatre jours après l'opération qu'on commencera à les enlever. Allingham a pu les enlever quelquefois 48 heures après.

Les soins consécutifs à cette opération devront tendre à préserver le malade de la mauvaise odeur à laquelle le soumettrait cet écoulement continu de matières fécales. L'application d'un pansement phéniqué empêchera la sortie de ces matières, et par son odeur masquera celles des dégections intestinales. Mason a aussi proposé l'application de l'étoupe qui dit-il, réalise un tampon parfait, il la préfère parce que son odeur est légèrement goudronnée ; parce que son pouvoir absorbant est faible, et enfin parce qu'elle ne possède pas de propriétés irritantes.

En outre, bien que la réaction inflammatoire intense soit observée rarement à la suite de cette opération, on devra tout mettre en œuvre pour la prévenir et pour la combattre dès son apparition. Si rien ne vient entraver la marche des suites de l'opération, la plaie marchera rapidement vers la cicatrisation ; ce n'est toutefois qu'après qu'elle sera complète qu'on pourra recourir à l'application d'appareils pour obtenir l'obturation momentanée de cet anus artificiel.

Je ne peux terminer l'étude que je viens de faire de la colotomie lombaire sans reproduire in extenso le manuel opératoire tel que nous l'a indiqué M. Trélat dans sa communication à la Société de chirurgie dans la séance du 15 décembre.

Voici les régles de ce manuel opératoire :

« Avant l'opération, il faut se garder d'évacuer l'intestin par des purgatifs ou des lavements. Anesthésie complète. Decubitus abdomino-latéral droit pour faire bomber le flanc gauche.

On trace alors une ligne qui, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, se dirige, en contournant le flanc, vers l'angle formé par la douzième côte et la masse sacro-lombaire. L'incision sera faite sur cette ligne. Pour en détermi-

ner le point précis, on élève à deux centimètres en arrière au milieu de la crête iliaque, c'est-à-dire de l'espace compris entre deux épines iliaques antérieure la postérieure, une ligne parallèle au bord externe de la masse sacro-lombaire. Cette seconde ligne croise obliquement la première. Leur intersection sera le milieu de l'incision à laquelle on donnera quatre ou cinq centimètres, suivant l'épaisseur des parties profondes. au-dessus et au-dessous, en suivant le tracé de la première ligne ; cette incision aura donc huit ou dix centimètres de longueur totale.

On traverse le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, quelquefois très épais. On rencontre les fibres du grand dorsal en haut de la plaie; celles du grand oblique en bas. On les divise dans toute l'étendue de la plaie. Au-dessous d'elle on ne trouve plus qu'un assez mince feuillet aponévrotique, représentant l'aponévrose commune au petit oblique et au transverse; c'est à ce moment qu'on aperçoit une ou deux branches nerveuses obliques en bas et en dehors. On les évite par la dissection, et si le bord externe du muscle carré lombaire, qui se présente alors, fait saillie dans la plaie et gêne l'opérateur, on le fait relever en dedans par un crochet mousse, et au besoin on le sectionne transveralement dans l'étendue convenable de 10 à 15 millimètres.

On est alors sur la graisse, qui entoure l'intestin. Cette graisse est relativement jaune, tandis que l'intestin est relativement blanc rosé, blanc grisâtre, mais pas jaune comme la graisse, ni rouge comme la fibre musculaire. Cette graisse peut être incisée avec précaution, ou mieux, dilacérée avec la pince et la sonde cannelée. Bientôt on voit un tissu différent par la couleur et la résistance, c'est l'intestin. S'il est plein de matières, ce qui est la règle, on le distingue à sa sonorité, à son bruit hydro-aérique, aux masses fécales qu'on sent à travers sa paroi. S'il est vide, ainsi que je l'ai trouvé dans ma dernière opération, on le reconnaît, à sa couleur, à sa souplesse, au glissement de ses deux épaisseurs saisies en-

tre les doigts, enfin à ce que sa surface non revêtue de péritoine n'est pas brillante, et laisse deviner un aspect fibroïde dû à la présence des fibres intestinales transverses.

Si par bonheur on aperçoit l'une des bandes longitudinales, la constatation n'est que plus parfaite, mais on sait que le plus souvent ces bandes, dont l'une est antérieure, et les deux autres supéro-interne et antéro-externe, échappent á l'opérateur et ne pourraient être amenées à l'extérieur que par des délabrements inutiles et dangereux. On fera donc bien de s'arrêter aux caractères que j'ai énoncés : couleur, souplesse, glissement ou présence du gaz et des matières fécales. Et cela avec d'autant plus de confiance que l'opération aura été conforme aux préceptes précédemment exposés, qui conduisent de point en point sur l'intestin et nulle autre part.

A partir du moment où l'intestin est définitivement reconnu et pour éviter l'issue prématurée des matières fécales et la souillure de la plaie, je procède de la manière suivante, qui pourrait parfaitement, et avec plus de motifs et plus de profit, être appliquée à l'entérotomie inguinale.

Je commence par placer une anse de soie phéniquée à chaque extrémité du futur anus. Chacune de ces anses traverse l'intestin de dehors en dedans, puis de dedans en dehors en comprenant 2 ou 3 millimètres des tuniques intestinales.

Ces anses placées sur le même méridien de l'intestin, c'est-à-dire sur la même parallèle [à son axe sont distantes de 30 à 32 millimètres; elles servent à attirer l'intestin vers la plaie cutanée et à l'y fixer provisoirement; elles sont confiées à des aides.

Entre elles, et sur la ligne qu'elles déterminent, on place trois ou quatre points de suture de chaque côté; trois m'ont suffi dans mes deux opérations. L'aiguille traverse la paroi intestinale de dedans en dehors. On la porte alors sur la lèvre cutanée de la plaie qui est traversée de la profondeur vers la superficie. Une manœuvre identique est reportée du

côté opposé en faisant pénétrer l'aiguille par le même trou sur la paroi intestinale.

Cette petite manœuvre n'offre point de difficulté, l'intestin étant bien fixé par les deux premières anses.

Quand les trois ou quatre points de suture ont été ainsi disposés de chaque côté, on exerce sur leur chef une légère traction et on voit s'ouvrir chacun des doubles trous des fils. Il est alors aisé, soit avec un bistouri mousse, soit avec des ciseaux d'ouvrir l'intestin dans la longueur de 3 centimètres en passant entre les anses de soie de droite et de gauche.

Immédiatement et pour chaque point incisé, la traction exercée sur l'anse amène la face externe de l'intestin en contact de la peau où elle est définitivement fixée. De telle sorte que l'ouverture de l'intestin et sa fixation aux téguments, sont pour ainsi dire simultanées et qu'il n'y a pas possibilité d'épanchement de matières fécales dans la profondeur de la plaie.

En somme cette manière de faire la suture entéro-cutanée est facile et réalise complètement l'indication. Je l'ai exposée en détail parce qu'aucun auteur n'a donné aucune description de ce temps si impotrant de l'opération. Tous répètent qu'il faut éviter l'issue prématurée ou inopportune des matières fécales, mais ils n'en donnent pas le moyen, et il est aisé de comprendre que chaque opérateur s'est tiré de ce mauvais pas, commé il a pu et très variablement suivant les circonstances. »

M. Trélat, après avoir, dans une note, reconnu que Nélaton avait donné une description identique de ce procédé de suture, dont il n'avait pas eu connaissance, espère que cette suture passera dans les ouvrages didactiques et dans la pratique chirurgicale. Il indique ensuite les soins consécutifs immédiats à l'opération et recommande les soins de propreté les plus complets.

La présentation d'une malade qu'il avait opérée ainsi et qui était guérie de son opération fut le point de départ d'une dis-

cussion de laquelle il résulta que le meilleur mode de traitement palliatif du cancer de l'S iliaque paraissait être la colotomie lombaire, dont la plupart des collègues de M. Trélat s'accordèrent à reconnaître les véritables avantages.

Nous avons précisé, autant que faire se peut, les règles de la colotomie et de l'entérotomie. Il importe maintenant de voir quelles sont celles qui doivent présider au manuel opératoire.

LAPAROTOMIE.

La laparotomie ou ouverture de l'abdomen est une opération déjà vieille de plusieurs siècles. Jadis on ne la pratiquait qu'à son corps défendant, et lorsqu'il n'était plus possible de faire autrement, encore même préférait-on laisser mourir les malades que de les exposer aux dangers qui devaient résulter de l'ouverture de la cavité péritonéale.

Aujourd'hui, grâce au pansement de Lyster, on ose beaucoup plus qu'autrefois, et ce sont les malades qui en bénéficient.

L'ouverture de l'abomen est le prélude de diverses opérations, sur certaines desquelles seulement nous aurons à nous appesantir. Cette ouverture qui nous permet de découvrir le siège de l'occlusion, et ce dernier étant découvert, de faire ou l'entérotomie ou la résection de la partie cancéreuse de l'intestin, a été l'objet de nombreuses études, dont nous devons fournir l'analyse.

Pour pratiquer la laparotomie il est certaines règles dont ne doit pas se départir le chirurgien. Ces règles ont trait aux soins à donner au malade avant, pendant et après l'opération.

Avant l'opération on aura soin de vider avec la sonde la vessie du malade, de raser les poils s'il en existe et enfin de laver la paroi abdominale avec de l'eau tiède légèrement sa-

vonneuse. Ces précautions prises, on enveloppera les membres inférieurs avec de la ouate, on évitera toutes les causes de refroidissement. C'est là un des point importants que l'on ne devra jamais négliger si on veut s'assurer le succès.

C'est là, résumé sommairement, ce qu'on doit faire en ce qui concerne l'opéré. Voici maintenant ce qui a trait à la salle où doit avoir lieu l'opération. Dans une chambre spacieuse et bien aérée, pendant plusieurs heures avant l'opération, on désinfectera l'air par des pulvérisations phéniquées, et on s'assurera que la température moyenne est de 18 à 20° environ. Ces dernières précautions devront être prises toutes les fois que cela sera possible. Ce n'est qu'après avoir veillé avec le plus grand soin à l'exécution de tous ces petits riens, qui tous ont une réelle importance, que le chirurgien devra opérer, après anesthésie préalable, à moins que le sujet ne soit dans un état de collapsus, ce qui serait une contre-indication.

Le manuel opératoire de cette opération comprend plusieurs temps, que l'incision soit faite sur la ligne blanche ou en dehors de cette dernière. Disons toutefois que l'incision généralement adoptée est celle qu'on pratique sur la ligne blanche ; elle ne devra pas dépasser 10 à 12 centimètres.

Dans le premier temps, le chirurgien divisera la peau et les diverses parties qui la séparent du péritoine ; cette incision sera faite avec précaution ; pour éviter l'entrée du sang dans la cavité abdominale, on procédera à l'hémostase ; et comme dans cette région les vaisseaux sont très tenus, la torsion ou la pression avec les pinces hémostatiques permettront presque toujours d'atteindre ce but.

La plaie bien lavée avec des éponges fines ayant séjourné pendant vingt-quatre heures dans une solution phéniquée, dans le deuxième temps, le chirurgien avec une pince saisira la séreuse pariétale et, l'attirant à lui, pratiquera une encoche à travers laquelle il introduira une sonde cannelée. C'est sur cette sonde cannelée que sera excisé le péritoine, donnant

ainsi un libre accès dans la cavité abdominale et donnant aussi accès à la masse intestinale qui, fortement distendue, pourra faire hernie à travers cette boutonnière.

Le troisième temps de l'opération nécessitera l'intervention d'un aide intelligent qui, dans le cas de hernie de l'intestin, après avoir enveloppé les anses intestinales dans des linges chauds ou mieux avec de la gaze phéniquée imbibée d'eau tiède phéniquée, les maintiendra sur un des côtés du ventre sans exercer sur elles aucun tiraillement.

Le quatrième temps de l'opération diffère suivant que l'occlusion intestinale a revêtu la forme aiguë permanente ou la forme intermittente chronique. Dans le premier cas, le siège de l'obstacle étant inconnu, sa main, préalablement lavée dans une solution phéniquée, le chirurgien l'introduira dans la fosse iliaque droite, ainsi que le conseillent Parise et Duplay, il cherchera le cæcum, qu'il n'est pas toujours aisé de trouver. S'il est distendu, le siège de l'occlusion sera alors ou dans l'un des trois côlons ou dans l'S iliaque; il suivra alors le gros intestin et ne tardera pas à découvrir la tumeur, cause de tous les phénomènes de l'obstruction.

S'il est affaissé et aplati, alors c'est sur l'intestin grêle que ces recherches devront porter. Hâtons-nous de dire que le cancer du duodenum et du jejunum et de la première portion de l'iléon étant très rares, c'est à la jonction de cette dernière avec le cœcum qu'on trouvera l'obstacle et signalons aussi que la partie du gros intestin le plus souvent atteinte paraît être l'S iliaque, d'après les statistiques que nous avons recueillies. Les deux faits que nous venons d'énoncer résultent des observations que nous avons eues sous les yeux. Ils doivent servir de guide à l'opérateur dans ses recherches.

Dans la forme intermittente chronique, ces dernières seront facilitées par la préexistence de la tumeur. Le chirurgien dans ce cas ne cherchera plus en aveugle; connaissant le corps du délit, il ira droit vers lui; cette connaisance antérieure a son importance aussi au point de vue de l'incision

qui, au lieu d'être faite sur la ligne blanche, pourra siéger directement sur la tumeur.

Quelle que soit enfin la forme de l'occlusion, l'obstacle est maintenant découvert. Suivant que le chirurgien voudra faire la résection de la partie malade, ou qu'il voudra se contenter de créer un anus contre nature, la conduite à tenir sera variable.

S'il veut créer un anus artificiel, il ne devra pas se départir des règles que nous avons déjà dit devoir présider à l'enterotomie et sur lesquelles nous ne pouvons revenir.

S'il veut faire la résection de la partie malade, il l'attirera, s'il le peut, en dehors de la plaie abdominale. Il règne dans ce temps de l'opération certaines difficultés pour détacher l'intestin du mésentère, sur lesquelles doit se porter l'attention. On sait que l'hémorrhagie doit autant que possible être évitée; on fera donc cette section avec la plus grande précaution, après avoir fait les ligatures nécessaires; on sectionnera la partie correspondante à l'intestin qu'on veut reséquer et l'on suturera les deux lèvres de la section. Cela fait ayant recours à de fortes ligatures ou à des pinces, ainsi que le veut Kocher, appliquées l'une au-dessns, l'autre au-dessous de la tumeur, on fera la section de la partie de l'intestin malade.

A ce propos, M. Bouilly pense qu'on peut très bien se passer de recourir à un aide, comme le proposent Billroth et Cussenbauer, et aux appareils compresseurs spéciaux, ainsi que le voudraient Kocher, Kraussold et Brich; et à la compression élastique que Rydygier emploie, dit-il, avec succès.

Le premier de ces moyens, sans être nuisible, ne peut que gêner l'opérateur. Quant aux deux autres, ils ne peuvent réaliser l'occlusion qu'au moyen d'une compression dangereuse. Il propose donc d'user du moyen suivant :

Il consiste à réséquer l'intestin en même temps que le mésentère, après avoir bien assuré l'hémostase. On pourrait alors rendre aussi complète que possible l'évacuation du bout supé-

rieur. Cela fait, toutes les précautions étant prises, M. Bouilly croît que l'excision perpendiculaire de l'intestin doit être préférée à l'excision oblique de Madelung. Cette dernière nécessitant un plus grand nombre de sutures, sans offrir tous les avantages que lui attribue son inventeur.

Ce ne sera qu'après un lavage soigné des deux portions sectionnées qu'on pourra procéder à la suture. Celle de Lembert devra avoir la préférence sur celles de Gély et de Robert. Décrite dans tous les ouvrages de médecine opératoire et préférée par nos maîtres, elle devra être faite ainsi qu'il suit : Armée de soie phéniquée cuite ou de catgut, l'aiguille sera dirigée d'abord de dehors en dedans, à 9 ou 10 millimètres de la surface de section, puis, dirigée dans un sens opposé, elle viendra sortir à 2 millimètres environ du même point sans avoir toutefois perforé la muqueuse. On procédera inversement sur l'autre bout de l'intestin.

Après avoir ainsi préparé le nombre de sutures nécessaires, on régularisera la section de l'intestin et on en affrontera les bords que l'on forcera à se renverser en dedans pour mettre leurs séreuses en contact. Cela fait, les fils étant coupés ras, après avoir fait la toilette du péritoine et de sa cavité, soit avec des éponges fines ou avec des serviettes chaudes et légèrement usées, on remettra l'intestin dans sa position normale. Ce temps de l'opération n'est quelquefois pas aussi simple que nous venons de l'indiquer, les deux bouts de l'intestin n'offrant pas un calibre égal. Dans ce cas Kocher conseille d'obtenir un léger froncement du bout le plus large en faisant un pli longitudinal.

Toutes ces précautions étant prises, pour réintroduire dans l'abdomen les anses intestinales herniées, on devra avoir présents à l'esprit les conseils que donne le professeur Guyon. Il faudra, dit-il, d'accord en cela avec d'autres chirurgiens, éviter avec le plus grand soin de tordre le mésentère de gauche à droite, c'est-à-dire dans le sens que suit une vis que

l'on enfonce devant soi. En tournant dans le sens opposé l'intestin réintégrera plus facilement son domicile.

J'insiste encore sur la toilette du péritoine, qui devra être faite avec le plus grand soin, si on veut éviter les accidents consécutifs à l'opération.

Si, malgré les précautions prises, il s'est écoulé du pus ou des matières fécales au moment de la section de l'intestin, on devra placer un ou plusieurs gros drains que l'on maintiendra à la partie inférieure de l'incision.

Les intestins sont enfin parfois le siège d'une dilatation telle que, pour les réintroduire, on est obligé de pratiquer une ponction simple ou aidée de l'aspiration; encore même n'arrive-t-on pas toujours par ce moyen à faire disparaître ce ballonnement, qui empêche la rentrée de l'intestin dans sa cavité.

La relation d'un fait où M. Lefort dut faire progresser successivement les gaz d'une anse dans une autre jusqu'au point où était placé le trocart est assez présente à mon esprit pour que je croie devoir la rappeler.

Toutes les difficultés sont enfin levées. L'intestin a repris sa position normale, il ne reste plus à l'opérateur qu'à réunir la plaie par des sutures profondes. Ce temps de l'opération ne diffère en rien de celui qu'on a décrit dans le manuel opératoire de l'ovariotomie. On doit appliquer le nombre de points de suture nécessaires pour obtenir l'affrontement exact et des parties profondes et des parties superficielles.

Pendant toute la durée de l'opération, les préceptes du pansement antiseptique auront été l'objet d'une application minutieuse et constante. Ses avantages, aujourd'hui si universellement reconnus, m'autorisent à ne pas y insister. Depuis que M. Lucas-Championnière a décrit les règles qui doivent y présider, je les crois assez présentes à l'esprit du chirurgien pour me dispenser de les décrire à mon tour.

Nous en avons fini avec les soins à donner au malade pendant le cours de l'opération. Il ne nous reste plus qu'à nous

occuper de ce qu'on doit faire après. Que l'on ait fait l'entérotomie ou l'entérectomie, après avoir appliqué un pansement de Lister fait de telle sorte que l'immobilité de la paroi abdominale soit autant que possible réalisée, et après avoir vidé la vessie avec la sonde, toujours en évitant toute sorte de refroidissement, on mettra le malade dans un lit bien chaud; autour de lui on placera des bouillotes d'eau chaude. On continuera à assurer dans la chambre la température que nous avons indiquée, c'est-à-dire 18 à 20°.

Pas trop couvert dans son lit, les cuisses légèrement fléchies, appuyées sur des coussins. Maintenu dans le décubitus dorsal, le malade sera soumis à une alimentation réconfortante qui consistera dans des grogs et dans du vin de Champagne frappée qu'on lui fera boire en petite quantité, mais fréquemment. Si la soif était trop vive, on lui donnerait des petits morceaux de glace qu'il laisserait fondre dans sa bouche.

On veillera enfin à ce que rien ne puisse venir troubler la tranquillité de l'opéré.

Ce ne sera que quarante-huit heures environ après l'opération, s'il ne survient aucun accident inflammatoire, qu'on pourra se départir de cette rigueur vis-à-vis des sujets qui ont été soumis à ce grave traumatisme.

Aucune des précautions que nous venons d'énumérer ne devra être négligée si on veut assurer le succès définitif.

Quant à ce qui a trait à l'alimentation ultérieure, le chirurgien devra se servir des indications qui résulteront de l'état général du malade. Il n'est pas d'autre règle précise que celle qui consiste à maintenir la constipation jusqu'au moment où tout fait supposer que la réunion des deux bouts de l'intestin est absolu et que le passage du bol fécal n'offre plus aucun accident.

Cette étude de l'intervention opératoire, appliquée surtout aux occlusions d'origine non cancéreuse, a été, dans le der-

nier siècle, l'objet des préoccupations constantes de tous les chirurgiens.

Ne se rattache-t-elle pas, en effet, aux noms les plus illustres et n'a-t-elle pas été l'objet de discussions importantes dans presque toutes les sociétés savantes ? On voulait maîtriser l'occlusion et s'opposer à l'issue fatale que toujours elle entraîne. C'est cette poussée généreuse qui a fait naître l'idée de l'entérotomie de la colotomie lombaire et enfin de la laparotomie, opération à laquelle se trouvent rattachés les noms de Reybard, de Billroth, de Czerny de Kœberlé, etc.

L'énumération des observations à laquelle se rattachent les noms des opérateurs suffirait à compléter l'historique de ces opérations, si je ne voulais établir à qui appartient la priorité de l'initiative. Si cette priorité n'est pas difficile à établir pour les deux premières qui portent les noms de Littre, de Nélaton et de Callissent Amussat; il n'en est plus de même pour l'entérectomie et l'entérorraphie, deux opérations presque liées l'une à l'autre. Il paraît cependant acquis, et M. Bouilly nous confirme dans cette opinion, que Ramdhor le premier, en 1727, dans un cas de hernie où près de deux pieds d'intestin sphacélé pendaient hors de l'ouverture extérieure, après avoir reséqué la partie sphacélée, put réunir l'intestin en introduisant le bout supérieur dans le bout inférieur, les maintenant ainsi par une simple suture peu serrée et obtenir ainsi le succès de son opération. Cette tentative heureuse fut le point de départ d'expériences nombreuses faites sur des animaux, auxquelles se rattacqent les noms de Cooper, de Thompson, de Reybard, de Jobert. Reybard osa encore plus que ses devanciers; en présence d'une occlusion intestinale due à un cancer l'S iliaque, il ouvrit l'abdomen, reséqua la partie lésée et, suturant ensuite les deux bouts, il fut assez heureux pour voir que le succès couronnait ses efforts; ce qui ne le mit pas à l'abri d'un blâme sévère formulé au nom de l'Académie par l'organe de Jobert.

Plusieurs modes de sutures ont enfin été proposés pour ob-

tenir la réunion immédiate de l'intestin : ils portent le nom de leurs inventeurs. Nous avons déjà dit que le mode préféré de nos maîtres et adopté par eux est celui que Lembert a imaginé et qui remplit le mieux toutes les conditions propres à assurer le succès.

Nous allons maintenant faire suivre cette étude des observations qui appartiennent à chacun des modes d'intervention, sans nous appesantir sur aucuns d'eux. Nous les puiserons dans la thèse de M. Peyrot, puisées pour la plupart dans les travaux de M. Petit, aux travaux duquel nous devons un grand nombre de connaissances que nous avons sur ces questions diverses.

I. — Gastro-entérotomie pour cancer de l'S iliaque.

(1er TABLEAU.)

	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	DURÉE du mal.	OBSTRUCTION.	ACCIDENTS après l'opération.	SURVIE.	CAUSE de la mort.	AUTOPSIE.	REMARQUES.
1	Verneuil (thèse de Charpentier 1870, p. 109).	F. 66.	?	12 jours.	Pas.	12 heures.	Epuisement.	Pas d'examen des viscères.	Opérée en prostration.
2	Denonvilliers (th. de Charpentier, p. 107.	H. 59.	2 ans.	12 jours.	Pas.	15—18 heures.	Refroidissement. Délire.	Pas de détails sur les viscères.	»
3	Wahl (Petersb. med. Zeits., 1867, t. XII. p. 306).	H. ?	?	»	»	Moins de 24 heures.	Affaissement.	Noyaux secondaires dans le mésentère.	Ponction abdominale avec un trocart avant l'opération.
4	Busch (loc. cit., p. 19 2e *bis* cas).	H. ?	?	»	»	Id.	?	Pas.	»
5	Le Dentu (Bull. soc. anat., 1873, p. 613).	H. 45.	2 ans.	6 jours	»	27 heures	Périton. avant l'opération.	Pas d'examen des viscères.	»
6	Holmer (Nord. Med. Archiv, 1874, t. VI, nº 29).	H. 53.	?	8 jours.	Pneumonie.	2 jours.	Oppression et choc.	Noyau du volume d'un œuf de poule dans le rein gauche.	»
7	Lucke et Gibson (Med. Times et Gaz., 1856, t. II, p. 620.	H. 60.	?	2 semaines.	Rupture de l'intestin pendant l'opération.	27 heures.	Accident opératoire.	Adhérence du côlon ascendant à l'S iliaque. Rupture du cæcum.	Opération inachevée.
8	Busch (loc. cit., p. 19, 3 cas.	H. 70.	?	?	?	36 heures.	»	»	»
9	Dolbeau (Clinique chirurgicale, p. 80).	H. 57	?	»	Péritonite.	Id.	Péritonite.	Cancer de l'S iliaque et du cæcum.	Opération *in extremis*.
10	Holmer (loc. cit.).	H 47.	?	4 semaines.	Pas.	2 jours.	Péritonite non causée par l'opération.	»	»

	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	DURÉE du mal.	OBSTRUCTION.	ACCIDENTS après l'opération	SURVIE.	CAUSE de la mort.	AUTOPSIE.	REMARQUES.
11	Holmer (loc. cit.).	F. 51.	28 mois.	»	»	2 jours.	Péritonite antérieure à l'opération.	Cancer du foie. Gangrène et perforation du côlon transverse. Tumeur kystique des deux ovaires.	»
12	Verneuil (inédit).	F. 40.	?	?	»	3 jours.	Epuisement. Mort en collapsus.	Pas d'autopsie. Incision au niveau de la tumeur formée par l'intestin épaissi et adhérent à la paroi abdominale.	»
13	Holmer (loc. cit.).	H. 52.	»	»	Péritonite.	3 jours.	Péritonite.	Cancer de l'estomac du grand épiploon et du péritoine.	Première opération quelques jours avant la colotomie. Incision de la paroi abdominale. Issue de sérosité. On pense que l'obstruction est causée par l'ascite et on referme la plaie sans toucher à l'intestin.
14	Keyser (cité par Conrad, Norsk Magazine, R. 3, Bd. 17).	?	»	»	Pneumonie.	12 jours.	Pneumonie.	Pas.	»
15	Leijer (Hygiaa, 1872, V. 138).	F. 19.	»	»	»	6 mois.	»	Cancer de l'S iliaque et abcès par congestion venant du rachis.	»
16	Verneuil (Thèse de Richard, 1875, p, 49).	H. 21.	?	3 mois.	Hémorrhagie secondaire.	6 mois.	Cachexie.	»	Rétrécissement de l'anus artificiel
17	Howard Marsh (Lancet, 1er mars 1879, p. 308).	F. 40.	?	8 jours.	Pas.	Plus de 2 mois.	»	»	Perdu de vue au bout de deux mois.
18	Macleod (Glascow med. Journ. 1873, p. 232).	H. 29.	2 ans 1/2	»	Pas.	?	»	»	Guéri de l'opération. Pas d'autres détails.

	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	DURÉE du mal.	OBSTRUCTION.	ACCIDENTS après l'opération.	SURVIE.	CAUSE de la mort.	AUTOPSIE.	REMARQUES.
1	Laugier (Bull. Soc. anat., 1867, t. XLII, p. 93).	H. 43.	?	18 jours.	Péritonite.	8 heures 1/2.	Prostration.	Cancer de la valvule de Bauhin. 2 ou 3 ganglions mésentériques engorges.	»
2	Verneuil (inédit).	H. 45—50	?	»	Pas.	36 heures.	Epuisement. En collapsus.	Cancer du côlon. Nombreux noyaux cancéreux dans le mésentère.	Issue des anses intestinales pendant l'opération. Réduction difficile.
3	Verneuil (inédit).	F. âgée.	?	?	Pas.	48 heures.	Id.	Cancer de l'instestin. Pas d'autopsie.	Douleurs atroces et vomissements incessants avant l'opération.
4	Mathäi (Deutsche Klinik, 1867, p. 67).	F. 27.	6 mois.	»	Péritonite légère.	2 jours.	Collapsus subit.	Tumeur colloïde du côlon transverse. Pas d'examen des viscères.	»
5	Monod (Arch. de méd., t. XI, p. 456).	F. 25.	1 an.	?	Péritonite.	2 jours.	Péritonite.	Cancer du cæcum. Pas de lésion des viscères.	L'intestin mal fixé rentra dans l'abdomen.
6	Nicolaysen (cité par Larsen Norsk Mag. R. 3, B. 17).	?	?	2 mois.	Pneumonie. Les vomissem. persistent après l'opération.	3 jours.	Pneumonie.	Cancer de l'intestin grêle à un pied de la valvule de Bauhin. Pneumonie des 2/3 infér^{s}. du poumon gauche.	»
7	Mac Carthy (Med. chir. trans., 1872, t. LV, p. 267).	H. 52.	3 ou 4 mois.	»	Pas.	48 jours.	Mort subite dans une syncope.	Cancer du cardia ayant envahi l'angle gauche du côlon. Péritoine et plèvres farcis de noyaux cancéreux, noyaux dans le foie, les ganglions thoraciques et abd. Dégénér. graisseuse du cœur.	»
8	Dolbeau (thèse de Charpentier 1870. p. 103).	H. 31.	6 mois.	8 jours.	Phlegmon circonscrit près de la plaie.	4 mois.	Variole intercurrente.	Cancer de l'angle splénique du côlon. Pas d'examen des viscères.	Santé parfaite, forces et embonpoint revenus après l'opération.

	INDICATION bibliographique.	SEXE et age.	DURÉE du mal.	ORSTRUC-TION.	ACCIDENTS après l'opération,	SURVIE.	CAUSE de la mort,	AUTOPSIE.	REMARQUES.
9	Maunder (Med. Times et Gaz., 1876, I, 322 et Brit med. Jour., 1876, II, 528).	H. 68.	»	»	Pas.	7 mois.	?	?	Tumeur à droite de l'ombilic.
10	Luke (Med. chir. Tran., 1851, t. XXXIV, p. 263).	H. 60.	5 semaines.	»	Erysipèle peu étendu autour de la plaie.	Plus de 8 mois.	»	»	Tumeur comprimant l'S iliaque. En bonne santé 8 mois après.
11	(St.-Thomas Hosp. Rep., t. VI, p. 348).	?	?	?	?	?	»	»	Epithélioma du bassin. Considéré comme guéri.
12	Wagstaffe (id., 1873, p. 181 et Brit. med. Jour., 1878, t. I, p. 124).	F. 30.	3 ans.	16 jours.	Pas.	Plus de 4 ans.	»	»	Tumeur partant de la symphyse sacro-iliaque et comprimant le rectum.
13	Hamilton (Med. Tim. et Gaz. 1864, t. 1, p. 88).	F. 48.	6 ou 8 mois.	8 ou 10 jours.	Pas.	16 heures.	Affaiblissement progressif.	Cancer de l'intestin à 3 p. 1/2 de la valvule iléo-cæcale.	»
14	Adams (Med. Times et Gaz., 1862, t. I, p. 374.	H. 25.	?	4 ou 5 jours.	Péritonite.	56 heures.	Péritonite.	Rétrécissement de tissu fibreux à noyaux (?) sur le côlon et la terminaison de l'iléon. Ganglions hypertrophiés et infiltrés de tissu fibreux.	Plusieurs attaques d'obstruction avant l'opération.
15	Duplay (Arch. gén. de méd., 1879, 7e série, t. III, p. 207).	H. 52.	1 an.	17 jours.	Péritonite partie du cancer.	36 heures.	Cancer du côlon.	»	»
16	Péan (Diagn. des tumeurs de l'abdomen, p. 627).	H. ?	3 ans.	?	Pas.	?	Guérison temporaire.	Foie gras.	Le sujet allait succomber aux progrès de l'occlusion intestinale au moment de l'opération.

	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	DURÉES du mal	OBSTRUCTION.	ACCIDENTS après l'opération.	SURVIE.	CAUSE de la mort.	AUTOPSIE.	REMARQUES.
1	Küster (Fünf Jahre im Augusta Hosp., p. 175).	H. 45.	Plusieurs années.	3 semaines.	Pas. — Mort subite.	18 heures.	Paralysie cardiaque.	Cœur flasque, hypertrophié, gras, noyaux cancéreux dans le foie.	»
2	Maunder (Med. Times et Gaz., 1877, t. I, p. 113).	F. 55.	3 ou 4 ans.	»	Syncope.	24 heures.	Mort subite.	Viscères abdominaux perdus dans la graisse.	Le malade reprit à peine ses sens après l'opération.
3	Sands (New-York m. Jour., 1874, t. XIX, p. 622.	F. 45.	»	»	Péritonite.	24 heures.	Shock.	Rupture incomplète du côlon par distension fécale.	»
4	Barwell (Trans. clin. Soc., t. XII, 1879, p. 110).	H. 39.	?	10 jours.	Péritonite.	1 jour.	Epuisement.	Noyaux cancéreux dans les ganglions méso-coliques.	Epuisement marqué avant l'opération.
5	Savory (Lancet, 1871, t. I. p. 712.	F. 56.	»	«	»	2 jours.	Epuisement.	»	»
6	X. (St-Bartholomew's Hosp. Rep., 1874, t. X, Statistique, p. 71).	F. 56.	»	»	»	Quelques j.	Epuisement.	»	»
7	Maunder (Med. Times and Gaz., 1877, t. I, p. 114).	H. 68.	4 ans.	»	»	6 jours.	»	»	»
8	Curling (London Hosp. Rep., t. IV, p. 8).	F. 47.	6 mois.	»	»	6 jours.	Epuisement.	Scoliose lombaire.	»
9	Teale, in Gunther, Bd. IV, XV, p. 10, obs. II.	F. 54.	»	»	Péritonite.	6 jours.	Péritonite.	Issue des fèces dans le péritoine.	»
10	X.. (St. Thomas Hosp. Rep., 1876, t. VIII, p. 541.)	?	»	»	Péritonite.	7 jours.	Péritonite.	Noyaux cancéreux dans l'S iliaque. Perforation de l'intestin.	»

	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	DURÉE du mal.	OBSTRUCTION.	ACCIDENTS après l'opération.	SURVIE.	CAUSE de la mort.	AUTOPSIE.	REMARQUES.
11	Duffin (Trans. path. Soc., t. XIX, p. 197).	H. âgé	»	15 jours,	Pneumonie au 4e jour.	7 jours.	Pneumonie.	Adhérence du cancer de l'S iliaque à la vessie.	»
12	Amussat (2e Mémoire, p. 24).	F. 60.	»	45—50 jours.	Phlegmon rysipélateux peu étendu. Entérite.	10 jours.	Accidents.	Envahissement de l'utérus. Inflammation ancienne du petit bassin.	»
13	Curling (Trans. path. Soc., 1865, t. XVI, p. 120).	F. 68.	6 mois.	»	Va bien pendant 8 j. puis s'affaisse peu à peu.	11 jours.	Epuisement.	Cancer colloïde de l'ovaire droit. Noyaux cancéreux en divers points du péritoine.	»
14	Bush (Amer. jour. N. S., t. XIX, p. 275).	F. 30.	»	»	Péritonite par propagation du cancer.	14 jours.	»	»	»
15	IX. (St. Bartholomew's Hosp. Rep., 1873, t. IX. Statistique, p. 66).	F. 65—75	»	»	»	15 jours.	Epuisement.	»	»
16	Solly (in Wagstaffe, St. Thomas Hosp. Rep., 1873, p. 209 et Med. Times, t. I, p. 462).	H. 54.	1 an.	11 jours.	Eschares au sacrum.	25 jours.	Au 21e jour collapsus, vomissement, dyspnée; mort rapide.	Tubercules dans les deux poumons; abcès du psoas; noyaux cancéreux dans le foie.	S'est levé au 13e jour.
17	Walters (Brit. med. Journ., 31 mai 1879, t. I, p. 812).	F. 62.	?	?	Cystite une semaine après.	5 semaines.	Epuisement progressif.	Pas de péritonite. Pas de détails sur les viscères.	Toux violente. Une anse d'intestin sort pendant l'opération.
18	Thompson (Brit. med. Jour., 1868, t. II, p. 444).	H. 20.	1 an.	14 jours.	Pus dans l'urine, puis diarrhée, eschare au sacrum.	2 mois.	Affaiblissement progressif.	Infiltration cancéreuse de l'intestin depuis l'anus jusqu'à l'S iliaque. Noyaux cancéreux dans les parois de la vessie, les ganglions inguinaux et lombaires, le pancréas et le poumon droit. Dilatation de l'uretère droit.	Ablation de la tumeur neuf mois auparavant avec l'anse galvanique, l'écraseur et le bistouri.

	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	DURÉE du mal.	OBSTRUCTION.	ACCIDENTS après l'opération.	SURVIE.	CAUSE de la mort.	AUTOPSIE.	REMARQUES.
19	Allingham St.Thomas Hosp. Rep.. 1870, p. 296.	F. 54.	Long-temps.	»	»	9 semaines.	»	Pas d'altération des organes abdominaux, les seuls examinés. Périton. ancienne.	»
20	Heath (Brit. med. Jour., 1877, t. II, p. 752).	H. ?	»	»	»	7 mois.	»	»	»
21	Clarkson (Med. Chir. trans., t. XXXIII, p. 57).	F. 21.	?	10 jours.	Pas.	14 mois.	Cachexie.	Péritonite ancienne.	Rétrécissement de l'anus artificiel au 10e m.
22	Field (id., p. 43).	H. 33.	12 mois.	»	Ulcération des sutures. Inflammation de la plaie.	21 mois.	Ascite, anorexie; vomissem.; épuisement.	Adhérences pleurales et péritonéales; reins congestionnés; foie hypertrophié et granuleux.	Rétrécissement de l'anus artificiel.
23	Hawkins (Med. chir. Trans., t. XXXV, p. 85).	F. 44.	1 an.	1 mois.	Au 2e jour syncope, vomissem.; un peu de sensibilité abdominale pendant 3 ou 4 j.	1 an et plus.	»	»	En bonne santé un an après l'opération. Rétrécissement de l'anus artificiel.
24	Teale (Lancet, 1875, t. I, p. 369).	H. 40.	9 mois.	1 mois.	Pas.	6 mois et plus.	»	»	Incision de la paroi abdominale et recherche de la tumeur. Fermeture de la plaie (qui guérit bien) et colotomie. En bon état 6 mois après.
25	Morris (Brit. med. Journ. 31 mai 1879, t. I, p. 815).	F. 50.	Début brusque.	12 jours.	Pas.	10 heures.	Collapsus progressif.	Epithélioma à 12 pouces de l'anus. Pas de cancer secondaire.	»

IV. — Colotomie lombaire pour cancers de divers points du gros intestin.

(4e TABLEAU).

	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	DURÉE du mal.	OBSTRUCTION.	SIÈGE du cancer.	ACCIDENTS après l'opération.	SURVIE.	CAUSE de la mort.	AUTOPSIE.	REMARQUES.
1	Borlase Childs (Trans. path. Soc., 1858, t. IX, p. 214).	F. 67.	18 mois.	»	Angle droit du côlon.	Syncopes répétées.	5 heures.	Epuisement.	Cancer du grand épiploon comprimant le côlon qui est envahi. Autres noyaux dans l'épiploon.	»
2	Stretch Dowse (Trans. path. Soc. t. XXIV, p. 97).	F. 53.	6 mois.	»	Côlon.	Péritonite avant.	Quelques heures.	Accident.	Sphacèle de la paroi postérieure avant l'opération. Issue des matières fécales.	»
3	Durham (Guy's Hosp., Rep., 1869, t. XIV, p. 310).	F. 51.	1 an 1/2.	»	Cæcum.	Péritonite généralisée.	38 heures.	Accident.	Cancer colloïde de la fosse iliaque comprimant le cæcum. Pas de noyaux secondaires dans les viscères.	»
4	Durham (Id., p. 309). Obs. XXXII).	H. 27.	»	»	Cæcum.	Péritonite limitée au voisinage de la plaie.	7 jours.	Accident.	Cancer de la partie inférieure du côlon descendant.	»

CURE RADICALE

Colectomie.

OBSERVATIONS.

Obs. I. — Age de l'opéré, 38 ans. Diagnostic fait par Reybard. Cancer du côlon. L'ablation est proposé au malade qui l'accepte. Description du manuel opératoire. Marche régulière de l'opération et terminaison par la guérison dont la durée est d'un an. Au bout de six mois commencement de récidive.

La tumeur enlevée avait le volume d'une pomme reinette ordinaire dure d'un blanc grisâtre.

Observation communiquée à l'Académie de médecine.

Obs. II. — Gussenbauer résèque trois pouces d'un côlon, siège d'une tumeur adhérente à l'intestin grêle chez un homme de 42 ans. Accidents nombreux pendant l'opération qui se termine par la mort 15 heures après. Pas d'autopsie. (Arch. für Klin. chir. 1872, tl XXIII, p. 233.)

Obs. III. — Tentative vaine de réunion des deux bouts d'un inteste réséqué pour enlever un carcinome papillaire du côlon descendant. Schede crée alors un anus artificiel en abouchant le le bout supérieur dans la plaie.

Mort le lendemain sans symptôme de péritonite. (Berlin Klin Woch. 1878, p. 326 et Deutsche med. Woch., 1878, p. 262.)

Obs. IV. Sept jours après avoir fait un anus artificiel qui avait provoqué la disparition de l'obstruction intestinale, ayant constaté l'existence d'une tumeur siégeant sur le côlon ascendant près de son angle hépatique, Baum, de Dantzig, réséqua l'intestin malade et fit ensuite la réunion des deux bouts restés sains qu'il remit dans l'abdomen. Trois jours après ce chirurgien dut enlever les sutures. Le malade mourut le neuvième jour après avoir présenté divers accidents. (Centralblatt für Chirurgie, 1879. t. VI, p. 469.)

Obs. V. — Fistule fécale double chez un homme de 62 ans avec tumeur s'étendant jusqu'à la ligne médiane en dedans; avec cela accidents divers, le tout survenu à la suite d'un coup de pied reçu dans la région inguinale droite. Krausold pratique l'extirpation de la tumeur non sans difficultés à cause de ses adhérences avec les

gros vaisseaux, et réunit les deux bouts de l'intestin réséqué par la suture de Lembert. La mort survint deux heures et demie après. A l'autopsie, noyau cancéreux dans le lobe droit du foie. (Sammlung Klin. Vortrage, nº 191 et Cent. für. Chir., 1881, p. 186.)

Obs. VI. — Dans le cas de Martini, de Hambourg, la tumeur occupait la grande courbure de l'S iliaque d'un homme âgé de 46 ans qui, depuis un an, présentait les symptômes de l'obstruction intestinale. Elle fut réséquée sur une étendue de 4 pouces. Les deux bouts de l'intestin n'ayant pu être réunis cet opérateur sutura le bout inférieur qu'il remit dans le bassin et aboucha le supérieur à l'angle inférieur de la plaie pour en faire un anus artificiel. Guérison de ce malade qui, dix mois après, malgré son infirmité, était en bonne santé. (Zeitschrift für Heilkunde. t. Ier, Prague, 1880, p. 208.)

Obs. VII. — Un homme de 70 ans dont le diagnostic de la cause de l'obstruction était douteux fut opéré par M. Guyon qui dut réséquer l'intestin sur 6 centimètres de long ; après avoir pris toutes les précautions voulues, il réunit les deux bouts par la suture de Lembert, et le cours des matières fut rétabli. Le malade mourut dans l'après-midi. (Peyrot, agr. Paris, 1880. De l'intervention chirurgicale dans le cancer du tube digestif, p. 184.)

Obs. VIII. — Double cancer du côlon transverse et de l'S iliaque chez une femme de 47 ans. Résection des deux fragments de l'intestin. Suture bout à bout. Guérison incomplète. Mort 7 mois après l'opération. (Berliner Klin. Wochenschr. 1880, p. 639.)

Obs. IX. Dans ce cas où la tumeur était très volumineuse on dut réséquer 22 centimètres de l'S iliaque et créer un anus artificiel, après avoir fermé le bout inférieur et abouché le bout supérieur dans la plaie. Le malade mourut quatorze jours après avec des accidents de péritonite et de péricardite. (Wiener med. Woch. 1881, col. 185.)

Obs. X. — Une tumeur siégeant au niveau de l'S iliaque chez une femme de 33 ans fut opérée par Czerny. Tous les temps de l'opération exécutés, l'intestin fut remis dans la cavité abdominale. Rétablissement du cours des matières fécales; huit mois après il n'existait pas de trace de récidive. (Centralblat für chir. 1881, p. 794.)

Obo. XI. — L'insuccès de la colotomie lombaire faite au-dessous du point rétréci nécessite résection du rétrécissement sur une longueur d'un pouce et demi. Anus contre nature dans la plaie. Guérison qui durait encore cinq mois après l'opération. (Bryant med. chir. Soc. 20 mars 1882.)

Obs. XII. — Femme de 42 ans opérée par Marshall. Incision exploratrice de l'abdomen à cause du diagnostic incertain de la

cause. Accidents nombreux survenus dans le cours de l'opération. La malade mourut dans la matinée du troisième jour. (The Lancet. 1882, 116,721.)

A toutes ces observations que nous avons réparties dans des tableaux différents suivant la nature de l'observation à la quelle le chirurgien avait cru devoir recourir et aussi suivant que le cancer exerçait ses ravages ou sur l'S iliaque ou sur une autre partie de l'intestin, nous joindrons les deux faits qui ont été portés devant la Société de chirurgie par MM. Berger et Sée et qui ont alimenté la brillante et importante discussion dont M. Trélat avait été l'instigateur.

Les voici résumés : « La première opération a été faite sur un homme vigoureux âgé de quarante-quatre ans, dont les matières étaient rubanées depuis quelque temps, qui brusquement fut pris de douleurs vives et de constipations. » A son entrée à l'hôpital, le diagnostic porté fut obstruction intestinale on le soumit donc mais vainement au traitement complet de cette affection ; purgatifs, douches rectales et électrisation. Les symptômes s'aggravèrent rapidement; des vomissements fécaloïdes s'étant produits, le malade fut soumis à l'examen de MM. Gosselin, Berger et Périer. Ils placèrent le siège de l'occlusion sur l'S iliaque, mais sans en préciser bien nettement la cause; ils ne crurent pas cependant devoir s'arrêter à l'idée d'un cancer à cause du peu d'importance des troubles antérieurs qu'avait présentés le malade. Quelle que fût donc la cause, que ce fût un volvulus ou une bride, c'était là l'idée qui paraissait la plus probable. On crut d'un commun accord que la laparotomie était l'opération qui pouvait donner les meilleurs résultats, étant donnée l'obscurité qui planait sur la nature de l'obstacle. Elle fut donc faite et toutes les précautions antiseptiques furent prises pour mieux en assurer le succès. L'incision abdominale, trop petite à cause de la distension de l'intestin, dut être agrandie pour permettre à l'opérateur d'introduire sa main dans la cavité abdominale. M. Perier put sentir alors sur l'S iliaque un noyau dur qui à

n'en pas douter était le point de départ de l'étranglement. On dut sortir alors une grande partie de l'intestin pour reconnaître qu'on avait affaire à un petit cancer annulaire très limité, véritable type de squirrhe atrophique linéaire adhérent à la fosse iliaque. L'opération se termina par la création d'un anus contre nature dans la fosse iliaque gauche. Puis on fit la suture du ventre sur laquelle on appliqua un pansement de Lister. Le soulagement ressenti par le malade fut immédiat, mais son pouls étant devenu faible, sa température s'étant élevée, il mourut trois heures après l'opération.

Rien dans ce cas, sauf toutefois la préexistence des selles rubanées, ne permettait de croire à l'existence d'un cancer.

La deuxième observation tirée de la pratique de M. Sée est aussi très intéressante au point de vue du diagnostic et aussi du traitement de l'étranglement interne. C'est une femme de quarante ans qui en est le sujet ; constipée habituellement elle avait les facies amaigri depuis trois mois. Une première obstruction suivie de vomissements fécaloïdes s'était produite le mois précédent, mais avait cédé après neuf jours, après l'injection d'un siphon d'eau de Seltz. Reprise des mêmes accidents quinze jours plus tard elle entre à la maison Dubois.

A son entrée les signes de l'occlusion intestinale étaient manifestes sans qu'on pût trouver ni tumeur, ni hernie, ni obstacle appréciable par le rectum. Traitement : lavement d'huile de ricin et, à l'insu de M. Sée, trente grammes d'eau-de-vie allemande. Cette dernière prescription ne fit qu'augmenter les vomissements et le malaise de la malade, qu'on soumit le lendemain à l'injection d'un siphon d'eau de Seltz, mais sans aucun résultat. Un lavement purgatif prescrit le lendemain amène la sortie de quelques [matières et de gaz, une amélioration notable en est la suite, ainsi que le déballonnement du ventre.

Le ventre exploré à nouveau ne permit [de sentir aucune tumeur. Brusquement les mêmes accidents réapparaissent

cinq jours après, le collapsus survient rapidement, et la mort arrive le soir du sixième jour, malgré l'établissement dans la fosse iliaque droite d'un anus contre nature, qui avait donné issue à un flot de matières liquides.

L'autopsie permit de reconnaître sur la paroi de l'S iliaque une induration cancéreuse formant une tumeur du volume d'une grosse cerise et adhérente à la fosse iliaque. L'intestin qui n'admettait plus que le passage d'une sonde n° 18, et qui était assez aminci pour qu'on pût craindre sa rupture, était altéré sur toute sa circonférence. Il n'existait pas de ganglion cancéreux.

Nous avons pu voir que, dans le traitement des occlusions intestinales que peuvent provoquer les cancers de l'intestin, il existait deux méthodes bien distinctes : une méthode simplement palliative et une méthode curative. Pour obtenir la première, nous avons vu aussi qu'on pouvait, suivant les cas, recourir à l'entérotomie de Nélaton ou de Littré, dont nous avons décrit le manuel opératoire, et aussi à la colotomie, procédé de Callissen Amussat.

Quant à ce qui a trait à la laparotomie, à la quelle on ne doit avoir recours que lorsque le siège de l'occlusion cancéreuse est inconnu, elle peut être faite ou dans le but de créer un anus contre nature ou de tenter la cure radicale du cancer de l'intestin.

Nous avons aussi établi que le cancer envahissait l'S iliaque beaucoup plus fréquemment que les autres parties du gros intestin, que souvent il n'était que secondaire et que ce diagnostic présentait des difficultés souvent insurmontables, à cause de la similitude des symptômes dans les deux cas, surtout lorsqu'il n'existait pas à l'extérieur de traces de l'envahissement de la diathèse. Il nous reste maintenant à voir quelle est celle des opérations proposées qui a procuré le plus grand nombre de résultats heureux. Pour cela, nous reportant aux tableaux antérieurs où nous avons cru devoir mettre côte à côte les cancers primitifs et secondaires en séparant les can-

cers intra-abdominaux des cancers de l'S iliaque, et où nous avons classé séparément ces cas, suivant le manuel opératoire auquel le chirurgien avait cru devoir recourir, nous verrons facilement quels ont été les résultats obtenus.

Tandis que la colotomie lombaire nous donne pour le cancer de l'S iliaque, 10 guérisons sur 16 cas d'intervention, et pour divers cancers extra-abdominaux, 9 sur 19, nous trouvons à l'actif de l'entérotomie 14 morts et 5 guérisons, le cancer siégeant sur l'S iliaque et 8 guérisons et 16 morts, quand le cancer était intra-péritonéal.

Voici maintenant la proportion telle que l'a établie M. L.-H. Petit dans une revue intitulée *De la Gastrotomie*, publiée dans la *Revue des Sciences médicales* de M. Hayem, en 1881, t. XVII, p. 335, en calculant la proportion pour 100.

Colotomies-lombaires.

	Guérisons.	Morts.
Pour cancer de l'S iliaque.	38.47	51.53
— — intra-abdominal. . .	47.36	52.64

Gastro-entérotomie.

	Guérisons.	Morts.
Pour cancer de l'S iliaque.	29.5	70.5
— — intra-abdominal. . .	38.	62.

Nous voyons d'après ce relevé que la colotomie a droit à être préférée à la gastro-entérotomie. La gastro-entérotomie nous paraît devoir être réservée aux cas où il reste des doutes sur le siège du cancer et où l'on a droit de supposer que c'est l'intestin grêle qui est atteint.

Que dire maintenant des opérations qui ont pour but la cure radicale du cancer en enlevant toute la partie lésée et en suturant ensuite les deux bouts de l'intestin qu'on replace dans la cavité abdominale. Sévèrement jugée par l'Académie de médecine, alors que Reybard avait pu obtenir une survie de plusieurs mois, de quelles foudres n'aurait-elle pas été

frappée à cette époque, si on avait vu les résultats désastreux que peut entraîner une telle opération. Si, dit Kœberlé, la résection de l'intestin et sa suture peuvent amener de bons résultats, ce qui est avéré aujourd'hui, ce ne sera pas sur des cancéreux qu'on devra la tenter, si on ne veut s'exposer à de graves mécomptes et compromettre la vie des malades. La colectomie, ainsi que l'a dénommée John Marshall, de Londres, est donc une opération que les faits publiés nous paraissent devoir faire tomber dans l'oubli. C'est ce qui résulte d'un travail publié dans le *Bulletin de Thérapeutique*, 1882, p. 482 et suiv., dû aux recherches de M. Petit qui, on le voit, a fouillé tous les coins et recoins de l'intervention chirurgicale dans les affections du tube digestif.

Nous connaissons maintenant les résultats qu'on peut espérer de chacun de ces deux modes d'intervention. Qu'elle sera la conduite à tenir quand on se trouvera en présence d'accidents d'obstructions intestinales, causés par un cancer ? Cette conduite sera évidemment variable suivant les cas. Supposons qu'il s'agisse d'une de ces formes foudroyantes qu'aucun symptôme bien apparent n'avait pu faire prévoir. Agirons-nous ici comme lorsque connaissant les symptômes, nous avons non seulement pu préciser la cause de l'occlusion, mais aussi son siège ? Cette question n'a besoin que d'être posée pour être résolue.

Nous nous trouvons donc en présence de deux voies bien distinctes, destinées cependant à nous conduire au même but : la cure palliative de l'occlusion due au cancer. Mais, tandis que l'une d'elles est largement éclairée par la symptomatologie de l'affection, l'autre peut nous réserver des surprises et nous cacher des embûches qu'aucun signe, sauf ceux que nous avons énumérés et qui nécessitent une recherche des plus attentives ainsi que nous l'avons établi dans le chapitre de la symptomatologie, n'a pu nous permettre de prévoir. Quand à une constipation succède brusquement une occlusion complète avec tous les phénomènes de l'étranglement interne,

pouvons-nous refuser l'intervention ; et ne devons-nous pas au contraire ménager au malade cette seule porte de salut qui lui est ouverte? Que nous importe qu'il soit cancéreux ou non ; il va mourir si nous n'usons pas de la seule arme qui nous reste, arme dangereuse, je l'accorde, mais bien moins dangereuse que le mal contre lequel nous luttons.

J'ai nommé la laparotomie. Elle seule pourra nous permettre d'aller à la recherche de l'obstacle à la découverte duquel nous devons nous attacher ; seule elle nous permettra aussi de prolonger les jours du pauvre patient, en l'exposant, il est vrai, à conserver une infirmité durant tout le cours de son existence. Oserait-on en effet, en présence de la statistique que nous fournit la colectomie, oserait-on, dis-je, songer à obtenir la cure radicale du cancer, quand en recourant aux moyens que nous offre la cure palliative de cette redoutable affection, nous sommes convaincu qu'il existe des faits nombreux où l'on a pu, en créant un anus artificiel, voir disparaître les accidents de l'occlusion, et prolonger la vie.

Les règles qui s'imposent à l'application du traitement nous étant connues, nous n'avons pas à y revenir.

Ici donc le chirurgien ne doit jamais hésiter quand il se trouve en présence de cette forme oblitérante et permanente ; en est-il de même lorsque c'est la seconde forme qui va s'offrir? Certes si l'indécision n'était pas permise dans le cas précédent, ici en revanche quand on se remémore la brusquerie avec laquelle se produisent ces débâcles qui amènent la disparition de tous les phénomènes morbides, au moment où la vie paraissait le plus gravement compromise, on comprend que l'hésitation soit permise et qu'on ait une tendance à laisser à la nature le soin de surmonter elle-même l'obstacle sans d'autre aide que les moyens que nous fournit l'intervention médicale. Mais ces atermoiements que l'on peut apporter à la création d'un anus artificiel ne sont-ils pas nuisibles au malade, et doit-on attendre pour l'opérer que toute résistance

vitale soit à peu près disparue? Je crois qu'en procédant ainsi, on s'exposerait à de graves mécomptes.

Plus la maladie sera près de son début, plus, lorsqu'on l'attaquera à cette période, on aura des chances d'aboutir. N'éviterait-on pas d'ailleurs, en opérant ainsi, des crises très douloureuses et aussi très nombreuses qui battent en brèche avec une grande rapidité la résistance que peuvent offrir les sujets atteints de cancer? Si maintenant joignant à toutes ces considérations cette dernière, que le bol fécal, par son passage sur la tumeur ulcérée ou non, et par le traumatisme constant qu'il lui fait subir, provoque à n'en pas douter la marche rapidement progressive de l'affection, peut-être se décidera-t-on à intervenir soit par la colotomie ou l'entérotomie, dès la première crise d'obstruction intestinale dont la cause et dont le siège seront dûment connus. On ne peut pas, il est vrai obtenir par l'intervention hâtive la guérison du cancer de l'intestin, mais on peut du moins entraver sa marche, et éviter à celui qui en est atteint ces douleurs atroces que provoquent des épreintes assez fortes souvent pour arracher des cris aux pauvres patients. On peut enfin obvier ainsi à tous les accidents de l'occlusion complète et permettre au malade d'arriver à la période cachectique qui précédera la mort sans l'exposer aux crises terribles auxquelles le malade finit toujours par succomber.

Que nous nous décidions d'ailleurs pour l'intervention hâtive ou non, c'est la colotomie lombaire ou l'entérotomie qui devra être pratiquée suivant les cas. Voilà ce qui doit faire maintenant l'objet de notre examen.

Si le cancer a envahi l'S illiaque, sachant que la colotomie offre moins de gravité que l'entérotomie, que les résultats favorables que l'on obtient par la première sont plus nombreux que ceux que donne la seconde, nous n'hésiterons pas à préférer la colotomie. Si enfin, dans une récente discussion à la Société de chirurgie, dont le cancer du rectum était le thème, M. Trélat a cru devoir démontrer les avanta-

ges de la colotomie lombaire sur les opérations qu'on peut pratiquer directement sur le siège de la lésion ; en portant ses regards vers les résultats obtenus par nos voisins les Anglais, s'il a pu regretter que cette opération, née chez nous, soit tombée presque en désuétude. S'il s'était agi de l'S iliaque, n'aurait-il pas mis une insistance encore plus grande pour tâcher de réintégrer chez nous une opération dont il a rendu l'exécution facile en nous en indiquant toutes les phases avec la clarté et la concision que nous avons pu constater dans la description qu'il a donnée et que nous avons rapportée plus haut.

Ainsi donc, quand le cancer occupe l'S iliaque, et nous savons que c'est là son siège le plus fréquent, c'est à la colotomie lombaire qu'il faut recourir ; lorsqu'il manifeste sa présence sur le côlon descendant et transverse ou à la partie supérieure du côlon ascendant, la même opération doit être pratiquée à droite. Ce n'est enfin que lorsque la lésion est localisée sur l'intestin grêle ou sur le cæcum, ou à leur jonction, ou quand son siège est incertain, qu'alors l'entérotomie reste notre seule ressource.

Une dernière raison milite enfin en faveur de la colotomie dans les cas où on peut l'appliquer, c'est la commodité plus grande qui résulte pour le malade du siège de son anus artificiel.

CONCLUSION

Après avoir établi le diagnostic du siège de l'obstruction cancéreuse, nous nous sommes trouvé en présence de deux méthodes de traitement : la curative et la palliative.

Nous avons vu que les résultats obtenus par la méthode curative nous interdisaient presque d'y recourir et alors la méthode palliative, avec ses procédés, a seule dû capter notre attention.

Ces procédés sont au nombre de trois : l'entérotomie, la colotomie et la laparotomie.

Mais quelle devait être la conduite à tenir pour remédier à ces deux formes si différentes de l'occlusion, forme aiguë permanente et forme oblitérante chronique ? Dans le premier cas, l'ignorance des symptômes antérieurs, le voile d'inconnu qui s'étendait sur le siège de l'occlusion, légitimait-il l'intervention par la laparotomie ? Nous croyons avoir démontré qu'étant la seule porte de salut ouverte au malade, elle ne devait jamais être négligée.

Dans le deuxième cas, au contraire, après quelques hésitations, nous nous sommes prononcé pour l'intervention hâtive et pour la colotomie ; toutes les fois que le siège de la lésion en permettait l'application. Nous avons vu enfin que dans les cas où il n'en était pas ainsi, l'entérotomie restait notre seule ressource.

REVUE D'ENSEMBLE

Nous reportant à tout ce qui a été dit dans le cours de ce travail déjà bien long ; si, après avoir fait de l'analyse, nous faisions de la synthèse, nous trouverions que les lésions cancéreuses du tube digestif présentent des points nombreux de ressemblance. Ce sont ceux-là que nous allons essayer de mettre en relief. Nous plaçant d'abord au point de vue symptomatique, nous trouverons des signes à peu près identiques. Ils peuvent se résumer ainsi : douleur plus ou moins vive, constipation et anorexie, phénomènes indiquant l'oblitération du conduit. Ces divers symptômes dans ces trois affections peuvent manquer et rendre impossible le diagnostic du cancer. Les faits de cette nature sont assez nombreux.

Si nous étudions la marche de l'affection, nous trouverons encore ici une même similitude. D'une part, le cancer pourra, après s'être manifesté, suivre une marche rapide et sa durée ne dépassera guère alors de 12 à 15 mois ; d'autre part, sa

marche sera d'une lenteur telle que la maladie a pu souvent être méconnue. Dans le premier cas, le cancer mène rapidement à la cachexie ; dans le deuxième, les phénomènes de la cachexie peuvent faire absolument défaut et un amaigrissement assez notable seul précède alors la mort.

Ces lésions ont un troisième point de ressemblance en ce qu'elles ont une grande tendance à envahir les tissus avoisinants et à provoquer des adhérences autour d'elles ; elles ont enfin cela d'identique qu'elles sont d'un diagnostic très difficile et d'un pronostic fatal.

Voilà pour ce qui a trait au mal en lui-même, quel que soit son siège : lorsque les symptômes décèlent son existence, il entraîne rapidement la mort. Aussi, n'avons-nous pas été surpris de voir que certains chirurgiens modernes avaient voulu lutter et retarder du moins, quand ils ne pouvaient l'empêcher, la solution fatale.

Tandis que nos pères se refusaient à intervenir dans les cas de cancer non attaquables par les moyens ordinaires pour ne pas exposer les malades aux suites d'un grave traumatisme chirurgical, les modernes, aidés par les pansements antiseptiques, ne se contentaient pas de la cure palliative et poursuivaient même la cure radicale de l'affection.

Quel est maintenant le résultat qu'ont donné ces deux méthodes de traitement ? Dans les cas où le chirurgien a cru devoir tenter la cure radicale, que cette tentative ait porté sur l'œsophage, l'estomac ou l'intestin, les résultats obtenus ont presque tous été désastreux, et le chirurgien n'a su que hâter la mort du malade. Voilà ce qui ressort de notre étude et ce qui nous autorise à frapper d'ostracisme ces tentatives hardies.

Mais si nous ne pouvons pas guérir, devons-nous laisser mourir le malade sans lui apporter les soulagements qu'il réclame de notre art, et ne pas essayer de le soustraire aux tortures que lui fait subir le cancer ? Pour nous, la réponse

n'a pas été douteuse et après avoir jugé sévèrement les procédés curatifs, nous appesantissant sur les palliatifs, nous avons, je crois, montré en quoi leur application pouvait être d'une très grande utilité aux malades et à la chirurgie elle-même, qui ne se propose pas seulement de guérir, mais de soulager, quand il n'est pas possible de tenter la guérison sans exposer les jours du patient.

Nous devons avouer cependant que les travaux de M. Verneuil et de ses élèves sur l'influence des plaies sur la marche ultérieure des diathèses ont provoqué chez nous une certaine hésitation. N'allions-nous pas lui donner en opérant un coup de fouet à cette diathèse et hâter ainsi la mort de ceux qui en étaient atteints ! Et qu'importe que la vie soit raccourcie de quelques jours pourvu que le malade soit soustrait à ces tortures constantes que provoque l'obstruction du tube digestif. Sera-t-elle d'ailleurs raccourcie? et ne vaut-il pas mieux pour retarder l'issue fatale de pareilles affections, ne vaut-il pas mieux faire subir au cancéreux un traumatisme un peu grave, que de le laisser aux prises avec le traumatisme journalier que provoque chez lui le passage du bol alimentaire ou fécal.

Il reste donc acquis je crois, que la cure radicale du cancer du tube digestif, quel que soit son siège, ne saurait être tentée, et que nous ne devons avoir recours aux procédés opératoires que pour pallier aux accidents du cancer de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin.

Quant au moment où ils devront être appliqués, le chirurgien devra s'inspirer de l'état général du malade, et des symptômes qu'il présente. Il nous a semblé enfin que l'intervention hâtive nous paraissait devoir être suivie de meilleurs résultats que l'intervention trop tardive, c'est pour cela que nous avons cru devoir indiquer notre préférence pour la première.

APPENDICE

ŒSOPHAGOTOMIE INTERNE

L'œsophagotomie interne, appliquée aux rétrécissements cancéreux de l'œsophage, est une opération analogue à la rectotomie linéaire pour le cancer du rectum, dans son but et dans ses résultats. Mais il n'en est pas de même pour le manuel opératoire, qui ressemble plutôt à celui de l'uréthrotomie interne.

Nous dirons d'ailleurs peu de choses de cette opération, qui, très utile pour remédier aux rétrécissemeets cicatriciels, comme l'ont démontré les faits de MM. Maisonneuve Lanelongue (de Bordeaux), Dolbeau et Trélat, ne rencontre guère d'indications dans les cas de cancer. Nous ne connaissons au reste qu'un fait où elle ait été tentée. Il est rapporté par M. Lanelongue et emprunté à Maisonneuve (*Mém.*, *Soc. de chir. de Paris* 1868, vol VI, p. 555).

Dans ce cas, on fit plusieurs tentatives infructueuses pour introduire l'œsophagotome. Un jour, en essayant d'introduire une sonde munie d'un mandrin, on franchit un obstacle; on crut être dans l'estomac et on y injecta du bouillon et de la tisane. Le malade mourut le lendemain ; à l'autopsie on vit que l'injection avait été faite dans le médiastin postérieur.

Ce fait fut communiqué à la Société anatomique, mais on n'a pas mentionné dans l'observation les tentatives d'œsophagotomie (*Bull.*, *Soc. anat.* 1865, p. 315).

TABLE DES MATIÈRES.